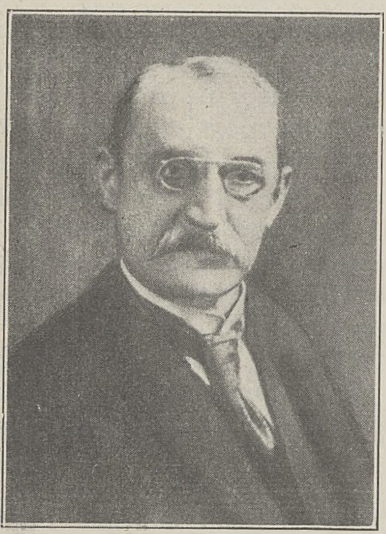
Rok IX Warszawa, Październik—Grudzień 1930 r. Nr. 4

KWARTALNIK KLINICZNY

SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE

WYDAWNICTWO LEKARZY SZPITALA

Ś. p. Prof. Bronisław Sawicki



W styczniu r. 1931 zmarł nagle Prof. Bronisław Sawicki, ordynator szpitala Dz. Jezus, znakomity chirurg, jeden z najbardziej wykształconych i czynnych budowniczych w dziedzinie szpitalnictwa u nas.

Zgasł w pełni sił duchowych i niezachwianej miłości zawodu szlachetny syn Ojczyzny, oddany lekarz-znawca, człowiek o pogodzie myśli i dobroci niezwykłego rozumu.

W działalności szpitalnej postulatem był Mu wysoki poziom wiedzy, wciąż odradzającej się, twórczej.

Ukazanie się w r. 1922 Kwartalnika Klinicznego, pierwszego wówczas w kraju czasopisma szpitalnego, powitał jako znamię bardzo dodatnie w rozwoju szpitalnictwa u nas.

Pamięć o Nim długo śród nas żyć będzie, a w historji walki o dobro chorego i wysoki poziom polskiej nauki lekarskiej nigdy się nie zatrze.

Komitet Redakcyjny

Z oddziału wewnętrznego D-ra G. Lewina.

Badania nad wydalaniem kwasów i zasad przez chorych z obrzękami.

Odczyt, wygłoszony na posiedzeniu klinicznem dn. 13.VI. 1930 r.

Podał

Juljan Fliederbaum, Asystent oddziału.

CZĘŚĆ II[1]).

3. Wydalanie kwasów i zasad przez przewód pokarmowy.

Poza nerkami przewód pokarmowy odgrywa dużą rolę w regulacji kwasowo-zasadowej ustroju.

[1]) Część I-sza patrz Kwart. Kliczn„ 1930 r. Zesz. III.

Z jednej strony, z przewodu pokarmowego wsysają się do krwi kwasy, zasady i sole, zawarte w pożywieniu. Z drugiej strony, w fazie trawiennej duże ilości kwasów przedostają się ze krwi do żołądka oraz duże ilości zasad — do śliny, soku trzustkowego i jelitowego, żółci i t. d.

W czasie trawienia żołądkowego tak dużo kwasu przechodzi ze krwi do żołądka, że stężenie kwasoty soku żołądkowego jest miljon razy większe od stężenia jonów wodorowych krwi. Spowodowało by to b. ciężkie obrazy chorobowe, gdyby nie urządzenia obronne ustroju: przy tem zwiększa się zasób zasad krwi (v. Slyke, Stillman i Cullen), wzmaga się parcie dwutlenku węgla w pęcherzykach płucnych (Porges, Leimsdorfer i Markowicz, Erdt, Straub, Veil, Beckman, Hasselbach, Jansen i Kahrbaum, Higius i inni), zmniejsza się kwasota moczu (Hublart, Heilmayer, Mayer, Feissly. Cohen i Brock i inni), a pozostałe odcinki przewodu pokarmowego (ślinianki, trzustka, wątroba) wydzielają większą ilość zasad (Cytronberg). Zmiany te w natężeniu swojem są równoległe do stopnia kwasoty żołądkowej. Analogiczne zmiany w całym ustroju odbywają się w czasie trawienia w dwunastnicy, wtedy jednak ustrój usuwa przez narządy wydzielnicze nadmiar kwasów.

Ale i zmiany w oddziaływaniu krwi wpływają na wydzielanie kwasów przez przewód pokarmowy. W ślinie stężenie jonów wodorowych wzrasta w czasie gorączki, kiedy nerki nie wydzielają dokładnie kwasów, zmniejsza się natomiast w postaciach gruźlicy, przebiegających z alkalozą krwi (Oppenot). Żołądek na grożące ustrojowi zakwaszenie odpowiada zastępczem zwiększeniem kwasoty. Np. kwasota wzrasta po wysiłku fizycznym, który pociąga za sobą zmniejszenie zasobu zasad (Delhougne), po zastrzyku morfiny (Schoen), w czasie perjodu u kobiety (Hess i Faltitschek), który jest poprzedzony przez przedmiesiączkową kwasicę krwi. Przesunięcie odczynu krwi w kierunku zasadowym powoduje zastępcze obniżenie kwasoty żołądka, np. po naparstnicy (Veil i Heilmeyer) lub po hyperwentylacji (Delhougne). Carnot i Gruzewska oraz E. Aptelbaum wykazali, że po zastrzyku dożylnym $NaHCO_3$ zwiększa się wydzielanie zasad przez żółć. Loeffler oraz Helzer

po dożylnym zastrzyku kwaśnego fosforanu sody spostrzegali wzrost kwasoty stolca, po zastrzyknięciu sody — zmniejszenie się jej.

Wobec tak wybitnego współudziału przewodu pokarmowego w regulacji kwasowozasadowej, należało sprawdzić, czy bierze on również udział w wydalaniu ze krwi nadmiaru kwasów i zasad, wprowadzonych do ustroju i nie wydalonych przez nerki.

W dostępnem nam piśmiennictwie nie znaleźliśmy żadnych wzmianek o wydalaniu tych ciał w schorzeniach nerek i serca (p. pracę naszą i P i a n k ó w n y).

a) B a d a n i a n a d ś l i n ą.

Choremu polecaliśmy spluwać ślinę do oddzielnych naczyń (probówki, do których wstawiano lejek). Naczynia zmieniano co 15 minut.

U o s o b n i k ó w z d r o w y c h (1-sza grupa) i l o ś ć śliny, wydzielonej w ciągu godziny, wahała się od 50 — 120 $cm.^3$, pH wynosiło 6,8 do 7,1, pH poszczególnych porcyj naczczo wychyleń ponad granice błędu doświadczalnego nie wykazywało (wahania o 0,1—0,2—0,3 pH), k w a s o t a miareczkowa, a właściwie d e f i c y t k w a s o w y, wahał się od mniej 8 do mniej 65 u poszczególnych chorych, nie wykazując większych wychyleń w porcjach u jednego chorego (przez d e f i c y t k w a s o w y rozumiemy ilość $N/_{10}$ HCl, zużytego do związania 100 $cm.^3$ śliny lub innego płynu, t. j. do otrzymania koloru karmazynowo-czerwonego dimetylami do azobenzolu, dodanego jako indykator).

Natomiast po podaniu doustnem 60 kropli HCl dil. lub H_3PO_4 dil, lub 20 gramów NaH_2PO_4 i l o ś ć ś l i n y w ciągu godziny 1-ej i 2-ej po podaniu zwiększała się, np. zamiast 80 cm^3 — 105 cm^3, zamiast 90 cm^3 — 120 cm^3 i t. d.; pH wykazywało większe wahania w odstępach 15-minutowych np.: przed kwasem 7,0, po 15′—6,9, po 30′—6,9, po 45′—6,5, po 60′—6,3, po 90′—6,3, po 120′—6,7; n i e d o b ó r k w a s o w y stosunkowo zmniejszał się np. przed podaniem kwasu — 65, po 15′ — 60, po 30′—60, po 45′—40, po 60′—40, po 90′—20, po 120′—50 i t. d.

Po podaniu 20 gr. sody lub magnezji palonej ilość śliny również się zwiększała, np. w ciągu godziny zamiast 70—90 cm^3, pH wykazywało w okresach 15-minutowych większe wahania, np. naczczo 6,9, po podaniu MgO — po 15′—6,9, po 30′—7,0, po 45′—7,3, po 60′—7,5, po 90′—7,6, po 120′—7,2; niedobór kwasowy wzrastał oraz większe wykazywał wychylenia, np. naczczo — 3, po 15′—3, po 30′—10, po 45′—15, po 60′—20, po 90°—20, po 120′—10.

U chorych z obrzękami pochodzenia sercowego i nerkowego (2 grupa) spostrzegałem zazwyczaj zmniejszoną produkcję śliny. Zwłaszcza w okresie narastania obrzęków chorzy skarżyli się na suchość w jamie ustnej. Ilość śliny wahała się od 5 — 15 cm^3 w ciągu godziny; pH wahań prawie nie wykazywało, było równe 6,9 — 7,0 — 7,1; niedobór kwasowy również w okresach 15-minutowych oraz godzinnych wychyleń większych nie wykazywał, u poszczególnych osobników wahał się w granicach b. dużych od 8 do 50.

Podawanie środków alkalizujących (Na_2CO_3, MgO) lub zakwaszających (HCl, H_3PO_4, NaH_2PO_4) nie zwiększało produkcji godzinnej śliny; jej pH oraz kwasota miareczkowa, wzgl. niedobór kwasowy, wykazywały minimalne wychylenia w jednym lub drugim kierunku; np. 1) w przypadku niedomogi sercowej z obrzękami wskutek rozedmy płuc i następnego powiększenia i rozszerzenia prawej komory u osobnika l. 45, ilość śliny w ciągu godziny — 5,5 cm^3, po podaniu 20 cm^3 MgO — w ciągu 1-ej godziny 6,5 cm^3, w ciągu 2-ej 4,5 cm^3, w ciągu 3-ej 3 cm^3; deficyt kwasowy w ciągu godziny — 4,0, po MgO — w ciągu 1-ej godziny 3,9, w ciągu 2-ej 3,1, w ciągu 3-ej 2,2; pH wahań nie wykazuje — jest we wszystkich porcjach 7,0; 2) w przypadku podostrej nerczycy z obrzękami u osobnika l. 46, produkcja godzinna śliny 2 cm^3, po 20 gr. NaH_2PO_4 — od 1 do 2 cm^3, pH wobec małych ilości śliny nie określano, niedobór kwasowy w porcjach godzinnych: naczczo 5, w ciągu 1-ej godziny 4,0, w ciągu 2-ej 4,5, w ciągu 3-ej 5,0, w ciągu 4-ej 5,0 (niedobór kwasowy podano w ilości $N/_{10}$ HCl faktycznie zużytego na związanie porcji godzinnej śliny, nie zaś na 100 cm^3 śliny).

Natomiast w okresie znikania obrzęków po środkach alkalizujących udawało się nieznacznie zwiększać produkcję

godzinną śliny, jej pH (o 0,4—0,5—0,6) oraz niedobór kwasowy (o 20 — 40%); ale i teraz środki zakwaszające zmian w ślinie ilościowych i jakościowych nie wywoływały.

U osobników trzeciej grupy stwierdzaliśmy bądź zmiany zbliżone do zmian w pierwszej grupie, bądź (w mocznicy) zwiększoną produkcję śliny, oraz zwiększone wydalanie kwasów przez ślinę.

b. Badania nad treścią żołądkową.

U osobników zdrowych (1-sza grupa) przy frakcjonowanem badaniu treści żołądkowej, stale w odstępach 10-minutowych, możemy wydobyć 10 cm^3 treści przy pomocy strzykawki, nasadzonej na wprowadzony do żołądka zgłębnik dwunastnicowy; kwasota miareczkowa, jak wiemy, na wysokości trawienia waha się od 20 — 40 wolnego kwasu solnego i od 40 — 60 kwasoty ogólnej (wyrażona w ilości cm^3 $N/_{10}$ NaOH, zużytego do zobojętnienia 100 cm^3 treści).

Po podaniu 20 gr. NaH_2PO_4 lub 60 kropli HCl lub 60 kr. H_3PO_4 *doustnie* lub *do żołądka* płyn ten (podbarwiony błękitem metylenowym) opuszczał żołądek po 60—80 minutach (wydobywana treść nie ma teraz zabarwienia niebieskiego). Nadal możemy w odstępach 10 minutowych wydobywać po 10 cm^3. treści; kwasota, która wzrasta po przyjęciu kwasu, w chwili zniknięcia barwy niebieskiej wydobywanej treści jest równa kwasocie wyjściowej; następnie znowuż wzrasta (wydalanie ponowne przez żołądek wessannego kwasu?) np. kwasota miareczkowa przed podaniem 60 kr. HCl $^{20}/_{40}$ (L A), po 20′—$^{114}/_{150}$, po 40′—$^{40}/_{80}$, po 60′—$^{20}/_{40}$, po 80′—$^{50}/_{80}$, po 100′—$^{60}/_{90}$, po 120′—$^{50}/_{70}$. Po podaniu kwasu *do dwunastnicy* kwasota żołądkowa po pewnym czasie zaczyna wzrastać, np. przed podaniem 60 kr. H_3PO_4 kwasota $^{20}/_{40}$, po 20′—$^{20}/_{40}$, po 40′—$^{30}/_{40}$, po 60′—$^{30}/_{50}$, po 80′—$^{50}/_{80}$, po 100′—$^{60}/_{90}$, po 120′—$^{50}/_{70}$. Po podaniu *dożylnem* 20 cm^3 4% NaH_2PO_4 kwasota wzrasta, nprz. przed podaniem $^{20}/_{40}$, po 10′—$^{30}/_{50}$, po 20′—$^{60}/_{70}$, po 40′—$^{60}/_{70}$, po 60′, 80′ i t. d. — $^{20}/_{40}$.

Po podaniu zasady doustnem stwierdzamy u osobników zdrowych nadal prawidłową produkcję ilościową treści — co 10

minut z łatwością zapomocą strzykawki wydobywaliśmy 10 cm^3. treści żołądkowej; podana zasada, jak o tem świadczy znikanie dodatku błękitu metylenowego z treści żołądkowej, opuszczała żołądek zazwyczaj po godzinie; kwasota miała przebieg w poszczególnych przypadkach analogiczny do przebiegu w następującym przykładzie: kwasota treści żołądkowej na czczo $^{25}/_{15}$, 40′ po podaniu 20 gr. MgO niedobór kwasoty 110, po 60′ niedobór 70, po 80′—40, tenże niedobór po 100′ i 120′. Po podaniu dożylnem 30 cm^3 5% sody (podawanie dożylne sody bynajmniej nie jest obojętne, wywołuje ono nieraz ciężkie objawy tężyczkowe, które zresztą dają się łatwo przerwać przez zastrzyk podskórny adrenaliny). — Otóż po podaniu dożylnem sody ilość treści żołądkowej nie zmienia się, a jej kwasota opada — i to specjalnie kwas solny wolny, nprz.: przed podaniem sody kwasota $^{30}/_{10}$, po 10′ – $^{10}/_{10}$, po 30′—$^{0}/_{18}$, po 60′, 80′, 100′ i 120′ — również $^{0}/_{18}$.

A zatem widzimy, że nietylko przez podanie dożylne kwasu lub zasady możemy wpłynąć na kwasotę żołądkową; zmienia się również po podaniu i wessaniu się przez przewód pokarmowy tych środków, które zatem muszą być z powrotem ze krwi do żołądka wydalone.

Analogiczne zjawiska sposrzegaliśmy również u chorych trzeciej grupy; choć w mniejszym stopniu, podane kwasy i zasady zwiększają, wzgl. zmniejszają, kwasotę żołądka w przypadkach schorzeń nerkowych bez obrzęków lub też mocznicy, a także w niektórych przypadkach dobrze wyrównanych wad sercowych nieraz dochodzi do b. znacznych zmian kwasoty.

Jak wynika z badań naszych i Piankówny, u chorych z obrzękami (1-sza grupa) produkcja godzinna treści żołądkowej, zależnie od natężenia obrzęków, waha się od 10—30 cm^3., kwasota miareczkowa również zależna od tego czynnika jest b. mała — waha się od 20 do 35% $N/_{10}$ NaOH.

Otóż przez podawanie środków zakwaszających i alkalizujących u takich chorych nie udaje się ani zwiększyć produkcji godzinnej treści żołądkowej, ani zmienić (nawet minimalnie) w jednym lub drugim kierunku kwasoty treści: jedynie po podaniu zasady (po 60′) znikał kwas solny wolny, zamieniwszy się całkowicie w kwas solny związany.

Natomiast w okresie znikania obrzęków stwierdzamy stale zwiększanie się produkcji godzinnej treści żołądkowej oraz jego kwasoty, a równocześnie pewien wpływ podanych kwasów i zasad na zmianę kwasoty żołądkowej (wpływ zresztą niewielki).

c. Badania nad treścią dwunastnicową.

Osobnikom badanym, po założeniu naczczo zgłębnika do dwunastnicy i zebraniu przezroczystej żółci, zastrzykiwałem dożylnie płyny zakwaszające lub alkalizujące, poczem ponownie zbierałem żółć do oddzielnych probówek.

U osobników zdrowych (1 grupa) produkcja godzinna treści dwunastnicowej (mieszaniny żółci „A", soku trzustkowego i dwunastnicowego) waha się na czczo od 20 do 50 cm^3, pH od 7,1 do 7,9, niedobór kwasowy od 15 do 50.

Po podaniu dożylnem 30 cm^3. 5% sody produkcja godzinna żółci wzrasta do 70 — 100 cm^3.; pH również wzrasta już po $^1/_2$ godzinie — o 0,3 — 0,5, po godzinie lub po $1^1/_2$ godzinie nieraz z 7,1 dochodzi do 7,8—7,9—8,0, by w ciągu 2-ch godzin po zastrzyku powrócić do liczb wyjściowych; analogicznym zmianom ulega niedobór kwasowy — wzrasta on nieraz o 20 do 40 (np. z 30 na 50, z 20 na 60 i t.d.) — wzrost ten zaznacza się już po $^1/_2$ godzinie, po godzinie występując jeszcze dobitniej, a po 2 — $2^1/_2$ godzinach niedobór kwasowy powraca do liczb pierwotnych.

Po podaniu dożylnem 20 cm^3 4% NaH_2PO_4 produkcja godzinna żółci znacznie spada, dochodząc do liczb 10—20 cm^3, pH również spada o 0,1—0,3—0,4 (np. przed zastrzykiem 7,3, po $^1/_2$ godzinie 7,1, po 1 godzinie 7,9, po 2 godzinach 7,2), niedobór kwasowy równocześnie opada (nprz. przed zastrzykiem 30, po $^1/_2$ godziny 10, po 1 godzinie 0, po 2 godzinach 20.).

Inne wyniki uzyskaliśmy u sercowo i nerkowo-chorych z obrzękami (2 grupa).

Produkcja godzinna treści dwunastnicowej (podobnie jak śliny, treści żołądkowej, moczu i t. d.) u takich chorych jest minimalna; niejednokrotnie przez założony naczczo do dwunastnicy zgłębnik wydobywa się zaledwie 10—20 cm.^{3} treści w ciągu godziny,— szczególnie to zaznacza się w dużych obrzękach zarówno sercowego, jak i nerkowego pochodzenia; pH treści dwunastnicowej jest rzadziej blizkie 8,0, częściej równe jest 7,0—7,2; niedobór kwasowy jest zazwyczaj mniejszy, niż u osobników zdrowych— waha się od 10 do 30, rzadko jest większy.

Po podaniu dożylnem 30 cm^3 5% sody produkcja godzinna żółci zazwyczaj nie zwiększa się, nie zmieniają się też wyraźniej pH i niedobór kwasowy: pH waha się w granicach od 0,1—0,3, czyli w granicach błędu doświadczalnego, niedobór kwasowy wzrasta o 5—10—15, b. rzadko znaczniej.

Po podaniu dożylnem 20 cm^3 4% NaH_2PO_4 również ani się zwiększa produkcja godzinna treści dwunastnicowej, ani się zmienia jej pH (zmienia się o 0,1 — 0,3, czyli w granicach błędu doświadczalnego), ani w znacznym stopniu się zmienia niedobór kwasowy — zmniejsza się o 5 — 10, lub przeciwnie wzrasta o 10 — 15.

Jest rzeczą ciekawą, że analogicznie do innych wydzielin, w okresie znikania obrzęków wzrasta ilość treści dwunastnicowej, dochodząc nieraz do produkcji godzinnej prawidłowej (20 — 50 cm^3), a nieraz nawet i nadmiernej (ponad 50 cm^3); pH również w okresie poprawy wykazuje większe wahania, zwłaszcza po podaniu zasad, natomiast po podaniu NaH_2PO_4 nawet po zniknięciu obrzęków pH wychyleń w kierunku kwasicy nie wykazuje; analogicznie w okresie znikania obrzęku zachowuje się niedobór kwasowy treści dwunastnicowej — zwiększa się on po podaniu zasad o 21—30 (nieraz nawet i więcej), natomiast b. niewielkim ulega zmianom po podaniu dożylnem kwaśnego fosforanu sodu.

Co się tyczy trzeciej grupy naszych chorych, to wyniki uzyskaliśmy niejednolite. W przypadkach mocznicy oraz w przypadkach zapaleń i marskości nerek bez obrzęków stwierdzaliśmy zazwyczaj prawidłową produkcję godzinną treści dwunastnicowej, nieraz nawet nadmierną; w okresie ciężkich objawów mocznicowych produkcja jest zmniejszona; pH treści dwunastnicowej u takich chorych obniża się zazwyczaj poniżej 7 — w przypadpadkach ciężkiej mocznicy; odpowiednio zmniejsza się też niedobór kwasowy (waha się od 0 do 20).

Analogiczne zmiany spostrzegaliśmy w przypadkach wad sercowych wyrównanych. Natomiast przy zastoju sercowym bez obrzęków, ale z powiększeniem wątroby („hyposystolie hepatique" francuskich autorów) produkcja godzinna, jak i niedobór kwasowy treści dwunastnicowej były zbliżone do liczb, podanych dla chorych z obrzękami. Po podaniu dożylnem 30 cm³ 5% sody w ciężkiej mocznicy oraz w zastojach wątrobowych produkcja treści dwunastnicowej, jej pH i niedobór kwasowy nie zmieniały się. W przypadkach schorzeń nerek bez obrzęków i mocznicy oraz w schorzeniach wsierdzia bez zaburzeń wyrównania po podaniu sody, analogicznie do osób grupy 1-ej, choć w mniejszym stopniu, — zwiększają się produkcja treści dwunastnicowej, jej pH oraz jej niedobór kwasowy.

Wobec towarzyszącej niedomodze sercowej i mocznicy kwasicy krwi, chorym dożylnie NaH_2PO_4 nie decydowaliśmy się podawać. Natomiast w schorzeniach serca bez obrzęków i zaburzeń w wyrównaniu oraz w schorzeniach nerek bez obrzęków i mocznicy po podaniu dożylnem NaH_2PO_4 zmniejszały się produkcja treści dwunastnicowej, jej pH oraz niedobór kwasowy — mniej jednakże wybitnie, niż u osobników zdrowych.

Przy doustnem lub do dwunastnicowem podawaniu HCl, H_3PO_4 NaH_2PO_4, Na_2CO_3 i MgO otrzymywaliśmy u osobników wszystkich 3 grup wyniki tak niejednolite, że ich nie podajemy. Jak wiemy bowiem, przez podanie kwasów lub soli kwaśnych wywołujemy wzmożone wydzielanie żółci i soku trzustkowego, przez podanie zasad lub soli zasadowych — zahamowanie wydzielania tych płynów. To wydzielanie wywołuje, poza zmianami w całym przewodzie pokarmowym, tak wybitne perturbacje w całej przemianie kwasowozasadowej ustroju, że może to przecież odbić się na naszych wynikach, zwłaszcza, że niezależnie od zmian w sercu i nerkach różna jest zdolność oddziaływania (ilościowa i jakościowa) trzustki i wątroby na wywołane odruchy „kwasowy" i „zasadowy".

d. Badania nad kałem.

W doświadczeniach naszych z podawaniem kwasów i zasad chodziło nam rownież o wyłączenie bezpośredniego wydalenia (bez wessania) części wprowadzonych środków chemicznych oraz o zbadanie, czy część kwasów i zasad ze krwi nie zostaje wyda-

lona przez kał. Dlatego też w ciągu kilka dni (2 — 3), poprzedzających nasze doświadczenie (por. technikę badania) badaliśmy u naszych chorych kwasotę aktualną stolca (osoby badane stale były na jednakowej djecie — p. wyżej).

U osobnikow zdrowych (I grupa) pH stolca waha się od 7,66 do 8,04. U jednego osobnika przy djecie jednakowej pH stolca z jednego dnia różni się od pH stolca z innego dnia o 0,1 — 0,2 — 0,3. Natomiast po podaniu doustnem lub dożylnem sody lub kwaśnego fosforanu sodu (albo doustnem magnezji palonej, kwasu solnego czy fosforowego) pH ulega b. znacznym zmianom: po kwasie opadać może do 5,2, po zasadzie wzrasta o 1,0 — 1,5 (np. przed podaniem zasady pH — 6,5 po podaniu — 7,8).

U chorych z obrzękami czasami po podaniu sody lub magnezji palonej przychodziło do silnego rozwolnienia; ponieważ w tych przypadkach stolce w porównaniu ze stolcami z dni poprzednich wykazywały b. znaczne przesunięcie pH w kierunku alkalicznym, należało przyjść, że większa, conajmniej, część podanego środka została bez wessania wydalona przez kał. Dlatego też tych przypadków nie braliśmy zupełnie pod uwagę (badania kontrolne wykazały, że w tych przypadkach nie dochodzi do zmian w zasobie zasad osocza, co, jak widzieliśmy wyżej, jest dowodem, że podany środek nie uległ wessaniu).

W tych przypadkach, w których nie przychodziło do rozwolnienia, zbieraliśmy stolce, wydalone w 4 — 5 — 6 — 12 godzin po podaniu środka i przechowywaliśmy je pod parafiną (p. wyżej). Jest rzeczą ciekawą, że w przypadkach obrzęków prawie nigdy nie spostrzegaliśmy przesunięcia pH stolca w jednym lub drugim kierunku (wychyleń o 0,1 — 0,2 — 0,3, czyli w granicach błędu doświadczalnego — nie bierzemy pod uwagę).

U osobników 3-ciej grupy uzyskaliśmy przy badaniu stolca wyniki niejednolite.

Jak wynika zatem z podanych w tym rozdziale badań, w odróżnienie od osobników zdrowych oraz częściowo i od sercowo- i nerkowo-chorych bez obrzęków, chorzy z obrzękami nie wydalają należycie przez przewód pokarmowy (ślina, treść żołądkowa i dwunastnicowa, kał) wprowadzonych doustnie, do żołądka, do dwunastnicy lub dożylnie środków zakwaszających oraz alkalizujących.

Wobec tego należało zobaczyć, czy ci chorzy nie wydalają kwasów i zasad przez skórę i drogi oddechowe.

4. Wydalanie dwutlenku węgla przez drogi oddechowe.[1])

Rola czynnika płucnego w regulacji przemiany kwasowo-zasadowej sprowadza się do wydalania z ustroju nadmiaru dwutlenku węgla. Częstość oddechu, jego g ębokość i zawartość w powietrzu wydechowem CO_2 są zależne od zawartości dwutlenku węgla we krwi (wg. Parnasa nie tylko przesunięcie oddziaływania krwi w kierunku kwaśnym pobudza ośrodek oddechowy: kwas węglowy pobudza ośrodek silniej, niż wynikałoby z danego jego stężenia). Zwiększenie zawartości CO_2 w powietrzu wdychanem wywołuje silną duszność oraz zwiększa objętość minutową oddychania. Natomiast zmniejszony dopływ CO_2 do płuc (i krwi) wstrzymuje czynność ośrodka oddechowego, wywołując bezdech.

Gwałtowny napływ do krwi kwasów, silniejszych od kwasu węglowego, powoduje rozszczepienie dwuwęglanów, wydzielenie się kwasu węglowego w stanie wolnym oraz połączenie się reszty kwasowej wprowadzonego kwasu z wolną grupą metalową, związaną uprzednio z kwasem węglowym na dwuwęglan, — nprz. kwas solny działając na dwuwęglany sodu i potasu, wywołuje rozszczepienie tych ostatnich, wydzielenie się kwasu węglowego w stanie wolnym oraz połączenie się reszty kwasowej kwasu solnego (grupy Cl) z jonami potasu i sodu wg. wzoru:

$$HCl + NaHCO_3 = H_2CO_3 + NaCl \text{ lub}$$
$$HCl + KHCO_3 = H_2CO_3 + KCl.$$

Kwas węglowy ulega rozszczepieniu na wodę i dwutlenek węgla, który to związek drażni ośrodek oddechowy, co wywołuje z kolei wzmożone przewietrzanie płucne (zwiększa częstość i wzmaga głębokość oddechów, podnosi zawartość CO_2 w powietrzu wydechowem). To wzmożone przewietrzanie trwa tak długo, dopóki nie powróci do normy zakłucona równowaga kwasowo-zasadowa. Takie zwiększone przewietrzanie spostrzegamy nprz. przy kwasicy krwi, towarzyszącej śpiączce cukrzycowej (oddech Kussmaula).

---

[1]) Rozdział niniejszy pracy wykonany został wspólnie z Panią dr. Grauberg-Rozentalową, za co jej na tym miejscu serdeczne wyrażam podziękowanie.

Odwrotne zjawisko spostrzega się po dostaniu się do krwiobiegu zasad (egzo-lub endogennego pochodzenia): zwiążą one część kwasów krwi, zmniejszą przeto też zawartość CO_2 we krwi, czyli że zmniejszą przewietrzanie płucne.

Widzimy zatem, że ośrodek oddechowy szybko wyrównuje zakłóconą równowagę kwasowo-zasadową, regulując oddech.

Badania własne wykonywałem w sposób następujący.

Osobnicy należący do 1, 2 lub 3-ciej grupy, badani byli w podanych powyżej warunkach podstawowych (patrz wstęp oraz technikę badania) — osobnicy z dusznością — w pozycji siedzącej, pozostali, nie odczuwający przykro różnicy ułożenia,— w pozycji leżącej.

Naczczo oraz co $^1/_2$ godziny w ciągu 2 — 3 godzin po podaniu doustnem HCl, H_3OP_4, NaH_2OP_4 lub MgO, Na_2CO_3 i t. d. określaliśmy ilość oddechów, wentylację minutową oraz odsetkową zawartość dwutlenku węgla w powietrzu wydechowem, — biorąc pod uwagę zwykłe poprawki (ciepłota pokoju, ciśnienie barometryczne i t. d.).

Wentylację minutową określaliśmy w ten sposób, że chory oddychał, po założeniu mu maski, do przyrządu Cogit, służącego do określania przemiany podstawowej sposobem L a u l i a n e a. Ilość wyrzuconego przez chorego powietrza obliczaliśmy przy pomocy gazomierza, będącego częścią składową podanego przyrządu. Dzieląc ilość litrów powietrza, wydalonego z dróg oddechowych w ciągu kilku (5 — 10) minut przez tą ilość minut (5 — 10), dowiadywaliśmy się o ilości powietrza, wyrzuconej z organizmu w ciągu minuty, — czyli o w e n t y l a c j i m i n u t o w e j.

Ilość odsetkową dwutlenku węgla, zawartą w powietrzu pęcherzykowym, obliczaliśmy równocześnie przy pomocy służącej dla tego celu, specjalnej części przyrządu Cogit, bądź też przy pomocy przyrządu F r i d e r i c i a jego metodą; każde badanie i tu było wykonywane kilkakrotnie, podane więc poniżej wyniki i tu są wypadkowemi kilku obliczeń.

Znając wentylację minutową (*w. m.*) i ilość oddechów na minutę (*i. o.*), możemy się dowiedzieć o głębokości oddechu (*g. o.*): jest to (*w. m.*), podzielona przez (*i. o.*).

Znając procentową zawartość CO_2 w powietrzu pęcherzykowem (*% CO_2 p. p.*) i wentylację minutową, — łatwo możemy obliczyć *ilość CO_2, wydzielonego na minutę* (*CO_2, na 1'*).

Wyniki uzyskaliśmy następująee:

U osobników grupy 1-szej (osobnicy zdrowi) naczczo *i. o.* wahała się od 16 do 22, *w. m.* — od 7,2 do 10,3 litrów, *g. o.* — od 320 do 575 cm³, *% CO_2 p. p.* — od 2,5 do 3,5, *CO_2 na 1'* od 180 do 290 cm³.

Po podaniu środków zakwaszających już po ½ godzinie zwiększają się *i. o.*, *w. m.*, *g. o.*, *% CO_2 p. p.* i wobec tego *CO_2 na 1'*. Zmiany te następnie nasilają się, osiągając szczytu po 1 godzinie lub po 90 minutach; po 120' lub 150' liczby powracają do liczb na początku doświadczenia. Analogiczne zjawisko, o kierunku przeciwnym stwierdzamy po podaniu środków alkalizujących — w tymże czasie, co i po podaniu kwasu, przychodzi tu do zmniejszenia *i. o.*, *w. m.*, *g. o.*, *% CO_2 p. p.* i *CO_2 na 1'*. Po 2 — 2½ godzinach i tu przychodzi do powrotu do liczb na początku doświadczenia.

Należy jednakże zaznaczyć pewne cechy indywidualne u poszczególnych osobników: po podaniu środków zakwaszającyh lub alkalizujących u jednych zmienia się przeważnie *i. o.*, u innych — *w. m.*, u niektórych *% CO_2 p. p.*, a jeszcze u innych — zarówno *i. o.*, jak i *w. m* i *% CO_2 p. p.* U wszystkich jednak osobników 1-ej grupy po środkach zakwaszających zwiększa się *CO_2 na 1'* o 30% do 52%, przeciętnie o 42%, a po środkach alkalizujących zmniejsza się o 26% — 40%, przeciętnie o 36%.

Nprz. u osobnika 1. 26, I. K., zdrowego klinicznie:

	i. o.	W. M. w litrach	% CO_2 p. p.	CO_2 na 1'	zmiana CO_2 na 1'
naczczo	18	9.3	3.0	279 cm³	
50' po kwasie	22	11.0	3.5	385 cm³	+ 38%
60' po zasadzie	14	7.3	2.7	196 cm³	— 28%

U osobników trzeciej grupy przy braku zastoju w płucach stwierdzaliśmy liczby, zbliżone do podanych dla 1-ej grupy. W stanach mocznicowych stwierdzaliśmy wzmożone wydalanie CO_2 przez płuca.

U osobników 2-giej grupy (sercowo-i nerkowo-chorych z obrzękami) stwierdzaliśmy po kwasie i po zasadzie b. nieznaczne odchylenia w *CO_2 na 1'* (o 10 — 20% w jednym i drugim kierunku), nprz.

W przypadku ciężkiej nerczycy lipoidowej z b. dużemi obrzękami u kobiety l. 23: 1) naczczo: *i. o.* 16, *w. m.* 5,8 litra, *% CO_2 p. p.* — 2,?, *CO_2 na 1'* 128 cm^3; 2) po kwasie — wahania najwyższe — *i. o.* 17, *w. m.* 6,5 litra, *% CO_2 p. p.* — 2,3, *CO_2 na 1'* — 150 cm^3; 3) po zasadzie — liczby najwyższe — *i. o.* 17, *w. m.* 5,1 litra, *% CO_2 p. p.* — 2,3, *CO_2 na 1'* — 118 cm^3.

Widzimy zatem, że w obrzękach po podaniu kwasów i zasad mniej wyraźnie, niż u osobników zdrowych zaznaczają się zmiany w wydalaniu CO_2 przez płuca.

5. Wydalanie kwasów z potem.

Poza nerkami, przewodem pokarmowym i płucami, skóra odgrywa b. dużą rolę w przemianie kwasowo-zasadowej ustroju. Już w warunkach zwykłych, np. po wysiłku fizycznym, organizm pozbywa się przez skórę nadmiaru wytworzonego kwasu mlekowego. „Kwaśna błona skóry" („Sauremantel") broni skórę przed zagnieżdzeniem się nie znoszących nadmiaru kwasu drobnoustrojów chorobotwórczych (Schade i Marchionini). Kwasota aktualna skóry waha się od pH 5,0 — 5,3 (wg. Memmesheimera) lub od 3,0 do 5,0 (wg. Schadego). Według Marchionini, kwasota poszczególnych warstw skóry jest różna — jest ona największa na powierzchni, najmniejsza w skórze właściwej (pH 7,4 do 7,5). Na kwasotę powłoki ciała składają się kwasota potu, łoju oraz t. zw. perspiratio insensibilis; pH potu jest różne u różnych osobników ze względu na rasę, płeć i wiek, a u poszczególnych osobników różni się — zależnie od okolicy ciała (gruczoły „apokrynne" — okolicy narządów rodnych i pachowej wydzielają pot o kwasocie różnej od potu „ekkrynnego" — pozostałych części skóry), od chwilowego nastawienia ustroju (ciąża, miesiączka) oraz od tego, czy pobudziliśmy gruczoły przez kąpiel elektryczną czy przez zastrzyk pilokarpiny itd. Wszystkie te czynniki uwzględnialiśmy w naszych badaniach, zbierając wydzielinę skórną stale z tej samej okolicy po 10 minutowej 100-lampowej kąpieli elektrycznej — naczczo, po podaniu zasady lub po podaniu kwasu.

Co się tyczy ilości wydzieliny skórnej, to dokładnie jej, rzecz oczywista, nie mogliśmy określić. Przegrzewając w ciągu 10 minut u poszczególnego osobnika tę samą okolicę ciała (kończyny dolne) i zbierając obficie na ceratę zlewający się pot do probówek przez lejek, całego potu jednak nie zbieraliśmy, gdyż część jego pozostawała na skórze, a część na ceracie. Również i wyniki, dotyczące kwasoty nie są zupełnie ściśle, gdyż operowaliśmy zazwyczaj (zwłaszcza u sercowo chorych) zbyt małemi ilościami wydzieliny skórnej. Skóry przed badaniem oraz w czasie badania nie obmywaliśmy, gdyż wszystkie płyny—nawet woda—zmieniają kwasotę wydzieliny.

U osobników zdrowych ilość potu po 10 minutowej kąpieli elektrycznej waha się naczczo od 30 do 50 cm^3; pH od 5,0 do 5,7. W godzinę po podaniu doustnem środków zakwaszających (p. wyżej) ilość zazwyczaj wzrasta, pH zmniejsza się o 0,3 - 0,5 (kwasota wzrasta), po podaniu środków alkalizujących ilość nie wzrasta oraz pH zmianom wyraźnym nie ulega.

U osobników sercowo i nerkowo chorych z obrzękami spostrzegamy zazwyczaj skórę suchą, prawie bez potu; w ciężkim obrzękach w fizjologicznem miejscu stałego wydzielania potu — na opuszkach palców — potu zupełnie niema, po kąpieli elektrycznej w niektórych przypadkach udawało się wywołać poty— nigdy tak wielkie jednakże, jak u osobników zdrowych; wyraźnego wpływu kwasów i zasad na produkcję wydzieliny skórnej nie zauważyliśmy. Co się tyczy kwasoty zbieranej wydzieliny, to naczczo wahała się ona od pH 3 do pH 5, po podaniu kwasu lub zasady wahań większych ponad 0,1 — 0,2 (granice błędu doświadczalnego) nie spostrzegaliśmy.

Zupełnie analogiczne wyniki z pośród chorych 3-ej grupy uzyskaliśmy w niedomogach sercowych bez obrzęków. Większe natomiast wahania stwierdziliśmy w zapaleniach nerek z mocznicą — kwasota skóry przeciętnie wyższa, niż w normie (pH 2,2 do 4,5), po parówce elektrycznej — większa produkcja potu, po kwasie u poszczególnych osobników — zmniejszenie się pH potu o 0,3—0,5, brak zmian po podaniu zasad.

Widzimy więc, że u chorych z obrzękami jest zmniejszona produkcja potu przez skórę, a po podaniu kwasów lub zasad produkcja potu oraz jego pH wyraźnym zmianom nie ulegają.

Streszczając artykuł niniejszy, możemy wyprowadzić następujące wnioski:

1. Podane doustnie kwasy i zasady wzgl. środki zakwaszające i alkalizujące ustrój ulegają wessaniu do krwiobiegu u sercowo i nerkowo-chorych z obrzękami już w pół godziny po podaniu.

2. Wprowadzone leki te wywołują gwałtowne zaburzenia w regulacji kwasowo-zasadowej ustroju — wywolują b. znaczną względną kwasicę lub alkalozę osocza krwi (zmiany zasobu zasad).

3. Podobnie jak u osobników zdrowych, już po 2—3 godzinach przychodzi u chorych z obrzękami do wyrównania zakłóconej równowagi kwasowo-zasadowej osocza: kwasy oraz zasady są po tym czasie z osocza wydalone (zasób zasad powraca do liczb, stwierdzonych na początku doświadczenia).

4. Organizm nie wyrzuca u naszych chorych nadmiaru zasad i kwasów do krwinek (zasób zasad krwinek przed wywołaniem oraz po ustąpieniu kwasicy lub alkalozy eksperymentalnej jest ten sam) oraz w porównaniu z osobnikami zdrowemi oraz sercowo i nerkowo-chorymi bez obrzęków, nie wydala ich należycie i całkowicie przez nerki, przewód pokarmowy, skórę i płuca. Nadmiar kwasów i zasad przechodzi zatem u chorych z obrzękami z osocza krwi do tkanek.

5. Zaburzenie w wydalaniu wprowadzonych kwasów i zasad jest w swym nasileniu równoległe do nasilenia obrzęków. W okresie znikania obrzęków najpierw powraca zdolności do wydalania prawidłowego zasad; kwasy zaś dopiero wtedy są wydalane prawidłowo, gdy występuje rekompensacja czynnościowa serca i nerek.

6. To upoważnia nas do przyjęcia wniosku, że **obrzękłe wzgl, brzękną ce tkanki posiadają powinowactwo do kwasów. Natomiast zatrzymywanie zasad przez obrzękłe tkanki jest zjawiskiem wtórnem,** skutkiem powinowactwa chemicznego kwasów do zasad, jest niejako **odczynem neutralizacji nadmiernie zakwaszonych koloidów tkankowych.**

PIŚMIENNICTWO.

1. *Apfelbaum.* P. Arch. Med. Wewn. T. VII, 4, 629.
2. *Beckman.* Kl. Wschr. 1927, 17.
3. *Beddard i Pembrey.* Brit. Med. Journ. 1908, 2. 580.
4. *Bigwood, Nervia i Larsen.* Cyt. wg. Coste. Pr. Méd. 1925. 50 846.
5. *Campbell i Poulton.* Journ. Physiol. 1920, 21. 54.
6. *Cantilo.* Pr. Méd. 1930, 43, 722.
7. *Carnot i Gruzewska.* C. r. de la Soc. de biol. 1925, 93, 23 i 1926, 94, 6.
8. *Chace i Myers.* J. Am. Med. Ass. 1929, 6.III 6??.
9. *Cohen i Brock.* Klin. Wschr. 1929, 48. 2236.
10. *Citronberg.* P. Arch. Med. Wewn. T VI, 2, 187.
11. *Dautrebande. Petter, Meakins.* Heart. 1923, 10, 133.
12. *Delbougne* Kl. Wschr. 1927, 17, 804.
13. *Delbougne.* D. Arch. f. Klin Med. 1926, **150**, 78.
14. *Delore.* J. d. médec. de Lyon. 5.XI. 1924.
15. *Desgrez, Bierry i Ratbery.* Acad. de Science VI, 1923.
16. *Eppinger, Kisch i Schwarz.* „Das Versagen des Kreislaufes". Monografja. Berlin, Springer. 1927
17. *Eppinger. Papp i Schwarz.* „Über das Asthma cardiale". Monografja. Berlin, Springer. 1924.
18. *Erdt.* Cyt. wg. Herrmansa i Sakra, Kl. Wsch. 1927, 29. 1367.
19. *Eyez i Henriquez.* Cyt. wg. Coste'a. Pr. Méd. 1925, 50, 846.
20. *Falkiewicz i Tomanek.* P. Arch. Med. Wewn.. 1930, 1, 30.
21. *Feissly.* Arch. de mal. de l'Appar. dig., 1926.
22. *M. H. Fischer.* The Edema. Monografja.
23. *Fitzgerald.* Journ. labor. a clin med. 1910. 14, 328.
24. *Fliederbaum i Piankówna.* Kwart. Klin. 1927, 3', Klin. Wschr. 1929, 23, 1076.
25. *Gorecki.* O duszności. Monografja. Lwów, Ks. nauk. 1927.
26. *Haggard i Hendersen.* Cyt. wg. Coste'a, Pr. Med.. 1925. 50, 846.
27. *Haldane, Hill i Luck.* ibidem.
28. *Harrop. Binger-Howland.* Ibidem.
29. *Hasselbach.* Ibidem.
30. *Heilmayer.* D. Arch. f. Klin. Med. 148, 5/6.
31. *Helzer.* Bioch. Zeitschr., 1925, 166. 116.
32. *Henderson i Palmer.* Cyt. wg. Mainzera, Kl. Wsch., 1930. 6. 241.
33. *Hess i Faltitschek.* Wien. Kl. Wschr. 1925, 16.
34. *Higgins.* Cyt. wg. Herrmansa i Sakra. Kl. Wsch. 1927, 29, 1367.
35. *Hubbart.* Arch. of intern. Med, 35, 576.
36. *Jahnsen i Karbaum.* Dtsch. Arch. f. Kl. Med. **153**, 65
37. *Jelenkiewicz.* Warsz. Czas. Lek. 1926, 2—3. 71 i 128.
38. *Katz i Baum.* Am. J. Physiol. 1927, 81, 628 i 1929, 91, 150.
39. *Labbé.* Annales d. labor. clin. 1925, 5, 145.
40. *Labbé i Nepveux.* Acidose et alcalose, Masson. 1928, Paryż.
41. *Labbé i Violle.* Metabolisme de l'eau. Masson. 1927, Paryż.
42. *Lauter.* Cyt. wg. Veila. loco ciotto.
43. *Lewis, Barcroft, Ryffel. Wolf. Cotton.* Heart. 1913, 546.

44. *Loefler.* Kl. Wschr. 1926, 5, 179.
45. *Łukaszczyk.* P. Arch. Med. Wewn. 1926. 1 147.
46. *Łukaszczyk.* P. Arch. Med. Wewn. 1928, 1, 94.
47. *Mainzer.* Kl. Wsch, 1927, 36, 1689.
48. *Mainzer.* Kl. Wsch. 1928, 49. 2347.
49. *Mainzer.* Kl. Wsch. 1928, 49. 2348.
50. *Mainzer.* Bioch. Zeitschr. 1929, **203**, 159.
51. *Mainzer.* Kl. Wsch. 1930, 6. 241.
52. *Mainzer i Joffe.* Bioch. Zeitschr. 1928, **203**, 50.
53. *Marchionini.* Kl. Wschr. 1929, 20, 924.
54. *Mayer.* Cyt. wg. Cytronberga, loco citato.
55. *Meakins i Davies.* Brit. Med. Journ. 5/IV, 1924.
56. *Meakins i Davies.* Edinb. Med. Journ. X, 1922.
57. *Memmesheimer.* cyt. wg. Scholza. Kl. Wschr. 1930. 36. 1670.
58. *Michalski i Dąbrowska.* Artyk. w zbiorze prac z zakresu ludzkie patol. wewn. z klin. K. Rzętkowskieao, Warsz. 1923.
59. *Mobitz.* Cyt. wg. Veila, loco citato
60. *Myers i Boolher.* J. Biol. Chem. 1924, 59, 691.
61. *Nasch i Benedict.* J. Biol. Chem. 1921, 48, 463.
62. *Neuberg, Palmer i Henderson.* Arch. Int. Med. 1913, **12**, 146.
63. *W. Orłowski.* Przegląd lek. 1901, 29.
64. *Oppenot.* Pr. Med. 1929, 70, 1142.
65, *Palmer i Henderson.* Arch. Int. Med. VIII, 1913 i VI, 1925.
66. *Pannewitz.* Zeitschr. f. urol. 1924. 5—6 i 1926. **20**, 15.
67. *Parnas.* P. Arch. Med. Wewn. 1927. 3, 397.
68. *Peabody.* Arch. Int. Med. 1914, 13, 236.
69. *Perger.* Kl. Wschr. 1929. 2, 63.
70. *Peters.* Am. Journ. Physiol. 1917. 43, 113.
71. *Porges i Leimdoerfer.* Z. f. Klin. Med. 1913, 77. 464.
72. *Porges, Leimdoerfer i Markovici.* Z. f. Klin. Med. 1913, 77. 146.
73. *Porges, Leimdorfer i Markovici.* Ibidem 1912, 73.
74. *Ralbery i Bordet.* Paris Med. 7, V. 1921.
75. *Ratbery, Trocmé i Marie.* Pr. Med. 1927, 59, 921.
76. *Rehn.* Zeitschr. f. urol. 1925. **19**, 27.
77. *Rozenberg i Helfors.* Kl. Wschr 1928, 1, 16.
78. *Rzętkowski.* Bad. nad zachow. się kwasów aminowych w ustroju ludzkim. Warszawa, 1916.
79. *Rzętkowski.* Studja nad zasadowością krwi. Pam. Warsz. T-wa. Lek. 1905.
80. *Schade.* Z. f. exp. Path. u. Ther. 1913, **14**.
81. *Schade i Marchionini.* Kl. Wschr. 1928, 1. 12.
82, *Schoen.* Arch f. Exp. Path. u. Ther. **101**.
83. *V. Slyke, Stillman i Cullen.* Journ. biol. chem. **30**, 401.
84. *Stieglitz.* Arch Int. Med. 1924, **33**, 4 i 1928, **41**, 10.
85. *Straub.* Ergebn. d. in Med. u. Kinderheilkunde 1924, **25**.
86. *Straub.* Cyt. wg. Mainzera, Kl. Wschr. 1930, 6.
87. *Straub i Schlayer.* Münch. Med. Wschr. 1912, 59, 569.
88. *Turpin i Guilaumin.* Cyt. wg. Coste'a Pr. Med. 1925, 50.

89. *Veil.* Cyt. wg. Hermanna i Sakra. Kl. Wschr. 1927, 29, 1367.
90. *Veil.* Art w T. 5. dziela zbiorowego „Neue Deutsche Klinik" Urban i Schwarzenberg, Berlin—Wien. 1930.
91. *Veil i Heilmeyer.* Dtsch. Arch. f. Klin. Med., 1925, 147, 22.
92. *Weill i Guillaumin.* Soc. Med. d. Hopit. 16, XI, 1923.

Z oddziału chorób wewnętrznych doc. St. Klejna.

O żółciopędnym wpływie żółtka jaja i śmietanki.

(Ciąg dalszy; p. Kw. Klin. Zesz. I. 1930 r.).

Podali

A. Kobryner i T. Abramowicz.

W poprzednich badaniach nad żółciopędnym wpływem żółtka jaja i śmietanki podaliśmy wyniki opróżniania się pęcherzyka żółciowego po wprowadzeniu mieszanki (żółtko jaja kurzego i śmietanka) bezpośrednio do 12-cy zapomocą zgłębnika 12-czego.

Mając jednak na względzie wyłączenie bardzo przykrego nieraz zgłębnikowania 12-czego, a spodziewając się wyniku dodatniego i po doustnem podawaniu chorym powyższej mieszanki, przeprowadziliśmy badania kliniczne również w tym kierunku.

Badania prowadzono u osób, niedotkniętych schorzeniami wątroby i u osobników ze schorzeniem pęcherzyka, względnie dróg żółciowych.

Zakładaliśmy sondę 12-czą Kobrynera [1]) naczczo. Tuż po wystąpieniu objawu 12-czego podawaliśmy chorym doustnie mieszankę z 2 żółtek jaja kurzego + 50 gr. śmietanki + nieco cukru (razem ± 100 cm.^{3}); co 2 — 3 minuty aspirowano treść 12 czą strzykawką rekordowską. Dla stwierdzenia obecności oliwki w 12-cy posługiwaliśmy się jedynię wystąpieniem, „objawu 12 czego", nie zważając ani na zabarwienie, ani na obecność wolnego HCl w treści aspirowanej. Otrzymane wyniki zestawiono na przytoczonej tablicy.

Wskazana wyżej serja badań w zupełności potwierdziła nasze przypuszczenia o wpływie żółciopędnym omawianej mieszanki przy podawaniu doustnem. Jak i w poprzednich badaniach, otrzymaliśmy tu wynik dodatni we wszystkich przypadkach u osobników zdrowych pod względem wątrobowym, oraz w przy-

---

[1]) A. Kobryner. Spostrzeżenia fizjologiczne podczas zgłębnikowania XII (Polska Gazeta Lekarska nr. 36 57 1925).

padkach schorzenia pęcherzyka żółciowego, względnie dróg żółciowych, nieskomplikowanych zrostami. W przypadkach ze zrostami stwierdziliśmy (jak przy podawaniu mieszanki przez zgłębnik) odchylenia, dotyczące intensywności zabarwienia i czasu pojawienia się żółci (nie otrzymywano ciemnej żółci).

Doustne podawanie wskazanej wyżej mieszanki z następnem aspirowaniem treści co 2′—3′ przez zgłębnik dało możność bliższego poznania zarówno procesu wydzielania się żółci do 12-cy pod wpływem podawanej mieszanki, jak i przejścia treści z żołądka do 12-cy. W wyniku spostrzeżenia nasze dałyby się ująć w następujący sposób:

1. Okresowość (cykliczność) i krzywa narastania wydzielania żółci. (Fakt ten został stwierdzony przez jednego z nas (K) podczas zgłębnikowania 12-cy naczczo).

W szeregu przypadków (2, 3, 14, poczęści 4, 5, 8) stwierdziliśmy, że nasycenie barwy żółci narasta okresowo i stopniowo się zmniejsza. Równolegle wzrasta i opada jej ilość. Zjawisko to znajdowało się w ścisłym związku z okresowem przenikaniem coraz świeżych porcji mieszanki z żołądka do 12-cy. Należy wobec powyższego przypuszczać, że

a). albo kurczenie się pęcherzyka żółciowego, a co zatem— opróżnianie się, odbywa się frakcyjnie, lub też,

b). że działanie podawanej mieszanki polega nie tylko na wywoływaniu skurczu pęcherzyka żółciowego i rzutu jego zawartości do 12-cy, lecz widocznie ma wpływ żółciopędny na samą wątrobę.

Jeżeli przypuścimy, że wpływ mieszanki ogranicza się tylko do kurczliwości samego pęcherzyka żółciowego, to należałoby jednocześnie myśleć, że każda obserwowana fala jest skutkiem poprzedniego napełnienia się pęcherzyka żółcią; przemawiałoby za tem b. intensywne zabarwienie żółci u szczytu fali, odpowiadające zabarwieniu tak zwanej żółci pęcherzykowej. Gdy zaś uwzględnimy, że zawartość pęcherzyka żółciowego wynosi do 100 cm³, to — wobec otrzymanych przez nas nieraz dość znacznych ilości żółci ciemnej (250 cm³ w przypadku Nr. 11) — należy raczej się skłaniać do zapatrywania, że podawana mieszanka wywiera wpływ żółciopędny również na samą wątrobę. Że ciemna żółć może pochodzić również z wątroby—przemawiałyby za tem fakty otrzymywania ciemnej żółci u chorych po cholecystektomji.

№ porządkowy	Nazwisko i imię	Wiek	Płeć	Rozpoznanie kliniczne	Wprowadzono zgłębnik do	Objaw XII-czy po	Obecność wolnego HCl (Kongo)	Zabarwienie treści aspirowanej przed podawaniem mieszanki	Otrzymano żółć po podaniu mieszanki	Stopień zabarwienia otrzymanej żółci	U W A G I
1	B. N.	22	K.	Pyelocystitis	73 cm	35′	—	bezbarwna	6′—10′	+ + + + intensywnie	Po 6′ zaczyna się wydzielać ciemna żółć; po 10′ — mocno ciemna.
2	T. J.	40	„	Arthritis rheumatica	73	23′	—	bezbarwna	38′	+ + + + „	Okresowe wydzielanie się żółci.
3	K. M.	28	„	Arthritis gonorrhoica	70	22′	+	zlekka na żółto	12′	+ + + + „	Krzywa narastania i okresowe wydzielanie się żółci.
4	B. M.	30	„	Cholelithiasis et cholangitis	73	21′	—	jasnożółta	27′	+ + + „	Intensywnońć zabarwienia przybiera stopniowo.
5	R. Ł.	55	„	Cholecystitis chronica cholelithiasis	65	9′	—	zlekka na żółto	52′	+ + + + „	Już po 41′ żółć ciemno-zielona. Maximum zabarwienia żółci po 61′
6	W. P.	42	„	Cholelithiasis, ulcus duodeni	68	9′	+	bezbarwna	11′	+ +	Tuż po wystąpieniu objawu XII-czego otrzymano treść zabarwioną na żółto. Czekano na okres bezbarwny 17′.
7	B. Ch.	54	„	Cholelithiasis	65	22′	—	na żółto	41′	+ +	Na skutek ruchów wymiotnych już przy 45 cm zgłębnika aspirowano 10 cm³ treści żółto-zielonej. Kongo (—) Lakmus—zasadowy. Chora zwymiotowała sondę. Pecherzyk żółciowy widocznie został opróżniony na początku badania na skutek ruchów wymiotnych. Chora narzeka na bóle w dole biodrowym lewym.
8	Szcz. E.	45	„	Cholelithiasis, cholecystitis	73	Z przyczyn od nas niezależnych pierwszy objaw XII-czy nie został odnotowany	—	na żółto	19′	+ + +	Już przed podaniem papki aspiruje się żółć złocistą, czystą. Kongo (—). Lakmus — zasadowy. Po 19′ żółć bronzowa; po 33′ — ciemno-zielona. Intensywność zabarwienia narasta stopniowo. Przy wyjmowaniu sondy sprawdzono objaw XII-czy: występował on jeszcze na wysokości 43 cm sondy z następowem aspirowaniem ciemnej żółci.
9	C. B.	55	„	Icterus. Ca vesicae felleae	50	5′	słabo +	bezbarwna	żółci nie otrzymano		W moczu urobilinogen (—), urobilina (—). Chora skarży się na bóle w podżebrzu prawem.
10 a)	F. Ł.	28	„	Cholelithiasis Pericholecystitis	65	13′	—	nieco na żółto	ciemnej żółci nie otrzymano		Chora zwymiotowała zgłębnik do żołądka 17′ po podaniu mieszanki.
b)		I d e m			60	51′	—	nieco na żółto	ciemnej żółci nie otrzymano		Chora zwymiotowała zgłębnik do żołądka 11′ po podaniu mieszanki.
c)		I d e m			65	44′	—	nieco na żółto	ciemnej żółci nie otrzymano		8′ po podaniu mieszanki aspirowano z 12-cy z powrotem 85 cm³. 32′ po podaniu aspiruje się mieszankę z b słabą domieszką żółci. Badanie rentgenologiczne wykazało: żołądek zwężony spastycznie (hypertonja) jest przeciągnięty na prawo częścią wypustowa, przylegającą do pęcherzyka żółciowego i mający odcisk tego pęcherzyka na dużej krzywiźnie. (Zrosty pomiędzy żołądkiem, 12-ca i pecherzykiem).
11	W. E.	18	„	Cholelithiasis Icterus	65	29′	—	żółć złocista	20′	+ + + +	Urobilinogen w moczu (+). Przy 45 cm zgłębnika aspirowano 65 cm³ treści żółto-zielonej, mętnej. Kongo (+) Chora uskarża się na nieznaczne bóle w podżebrzu prawem. W ciągu 46′ wydobywa się około 250 cm³ żółci.
12	E. F.	56	„	Cholecystitis chronica, Gastroptosis	70	26′	—	bezbarwna (śluzowa)	16′	+	Przy 45 cm zgłębnika treść żołądkowa nieco na żółto zabarwiona. Rentgenolgicznie — zrosty.
13 a)	A. C.	24	„	Cholelithiasis, Cholecystitis, cholangitis	65	15′		na początku bezbarwna, później zlekka na żółto, następnie bezbarwna	14′	+	Chora na początku badania wykonywa szereg ruchów wymiotnych. Chora skarży się na bóle w dołku podsercowym i krzyżu. W ciągu 35′ aspiruje się małemi porcjami treść o słabo zielonkawem zabarwieniu. Chora zwymiotowała sondę.
b)		I d e m			60	25′	słabo +	zabarwiona na żółto	7′	+	Chora zwymiotowała sondę.
c)		I d e m			70	42′	—	zlekka na żółto	25′ 45′ 51′	+ + + + + +	
14	G. D	22	„	Cholecystitis chronica	60	7′		bezbarwna	14,5	+ + +	Okresowość wydzielania się żółci.

Za działaniem mieszanki na czynność wydzielniczą samej wątroby przemawiają również wyniki, otrzymane przez nas w przypadkach rentgenologicznie stwierdzonych zrostów, gdy kurczliwość pęcherzyka żółciowego była, jeżeli nie całkowicie zniesiona, to w znacznej mierze upośledzona. W tych przypadkach również występowała okresowość co do ilości oraz stopnia zabarwienia żółci z tą jednak różnicą, że nie otrzymywaliśmy tak intensywnie zabarwionej żółci, jak w przypadkach wolnych od zrostów.

2. Czas zjawienia się podawanej mieszanki w 12-cy, licząc od chwili podania jej choremu — wynosi 2′ — $2^1/_2$′ (w większości przypadków do 7′);

3. Co do ilości mieszanki, wyrzucanej za każdym razem z żołądka do 12-ej — nie można nic pewnego powiedzieć, w grę tu bowiem wchodzi szereg czynników,a mianowicie:

a), Szybkie przechodzenie mieszanki do dalszych odcinków jelit cienkich;

b). Częstość występowania skurczów odźwiernika (zaciskanie sondy i mechaniczne przerwanie aspirowania.)

c). Wydzielanie się soków trawiennych w żołądku i 12-cy.

Należy tu podkreślić, że w przypadku Nr. 10 rentgenologicznie stwierdzonych zrostów, w 8′ po podaniu mieszanki, aspirowano z 12-cy 85 cm^3 treści bez przerwy.

4. Czas największego natężenia działania mieszanki jest indywidualny i waha się w naszych przypadkach od 10′ do 52′.

Słów parę o dowolnie przez nas obranej ilości mieszanki (do 100 cm^3). W przypadku Nr. 3 podaliśmy chorej tuż po wystąpieniu objawu XII-czego 2 łyżki deserowe ($\pm$ 20 cm^3) mieszanki; w 12′ później otrzymaliśmy ciemną żółć. Wobec zaznaczonej krzywej narastania wydzielania się żółci, chora otrzymała resztę mieszanki (do 100 cm^3). Stwierdzona przez nas okresowość i ustalona krzywa wydzielania żółci (p. 1.), stojąca w ścisłym związku z postępującemi do 12-cy z żołądka coraz świeżemi porcjami mieszanki, wskazują, że nie należy ograniczać się do małych ilości.

Godną uwagi jest jeszcze okoliczność, stwierdzona w przypadku Nr. 8, gdy podczas celowego powolnego (po 2 cm)

wyjmowania sondy, wystąpił objaw 12-czy przy 48 cm. zgłębnika (licząc od oliwki); po ustąpieniu skurczu odźwiernika aspirowano jeszcze 20 cm³ żółci bronzowej. Przy 45 cm. zgłębnika oliwka znajdowała się w żołądku, który nie zawierał już nawet śladów mieszanki (2½ godziny od chwili podania). Fakt ten nie jest odosobniony, gdyż bardzo często wystarczy wprowadzić sondę do 50 cm, aby stwierdzić objaw 12czy, a tem samem obecność oliwki w 12-cy.

Podkreślamy, że zarówno podczas obecnych, jak i poprzednich badań, obejmujących razem około 40 sondowań, nie stwierdziliśmy żadnego pogorszenia stanu chorych (napadów), choć nieraz podawaliśmy chorym mieszankę nazajutrz po ostrym burzliwym napadzie kamicy żółciowej. Dalsze badania nad leczniczem działaniem wymienionej mieszanki, polegające na spostrzeżeniach klinicznych oraz sprawdzeniu zawartości cholesteryny we krwi przed rozpoczęciem i po ukończeniu kuracji, są w toku

---

Deux séries de récherches, concernant 40 cas, ont prouvé, que l'introduction du mélange du jaune d'eouf et de la crême douce, soit par la voie buccale, soit par la sonde duodénale. produit la contraction et l'évacuation de la vesicule biliaire et exerce l'effet cholagogue sur le foie même. Dans les cas atteintes, de maladies de la vesicule comme des voies biliaires le-dit mélange n'a aucun effet nuisible dans le sens de provocation d'accès.

(Z oddziału chorób wewnętrznych doc. St. Klejna).

O zachowaniu się roztworu NaCl (0,9%), wprowadzonego do krwiobiegu.

Podali

A. Kobryner i J. Munwes.

Poniżej przytoczone doświadczenia wykonano z tego względu, że dotychczasowa ich liczba była niewielka, metody, zaś któremi posiłkowano się, wydały się nam niezupełnie ściśle, a to dlatego, że określano zawartość wody we krwi zapomocą obliczenia liczby czerwonych ciałek lub ilości hemoglobiny. Wiemy jednak, że już w normalnych warunkach ilość czerwonych ciałek krwi ulega dość znacznym wahaniom.

Zdawaliśmy sobie sprawę z tego, że ściślejszą metodą byłoby tu określanie wagowe ilości wody we krwi. Warunki szpitalne nie pozwalały nam jednak na stosowanie tej bez zarzutu metody;musieliśmy uciec się do określania refraktometrycznego ilości białka w surowicy krwi obok obliczania ilości erytrocytów i hemoglobiny.

Badania przeprowadziliśmy u 6 chorych, u których nie stwierdziliśmy zmian patologicznych w narządach krążenia, wątrobie i nerkach, w wieku od l. 17 do 38. Doświadczenia prowadziliśmy w sposób następujący. Od g. 11-ej wieczór—dnia poprzedzającego badanie - chore nie jadły i nie piły. W dniu badania o g. 8½—9 rano oddawały mocz, którego ilość i c. wł. określaliśmy; ustalano również ilość moczu, oddanego w ciągu następnych 30 minut. Bezpośrednio przed wlewaniem roztworu fizjologicznego chore ważono, mierzono ciśnienie krwi, obliczano ilość czerwonych ciałek, hemoglobiny i białka w surowicy. Dla określania ilości białka w surowicy pobieraliśmy krew do rurek szklanych o kształcie litery U, długości 5 — 6 ctm., szerokości 1 — 1½ mm. We wszystkich przypadkach wprowadzaliśmy dożylnie od 950 do 1000 ctm.^{3} roztworu fizjologicznego; czas wlewania wahał się od 18 do 40 minut. Po wlewaniu ważyliśmy chore, mierzyliśmy ciśnienie krwi obliczaliśmy czerwone ciałka i hemoglobinę, określaliśmy zawartość białka w surowicy krwi. W przeciągu następnej godziny określaliśmy ilość białka w surowicy co 10 — 15 minut, miezyliśmy ciśnienia co 5 — 10 minut. W końcu 1-szej godziny obliczano erytrocyty i hemoglobinę, po 60 — 90 minutach mierzono ilość wydzielonego moczu. W przeciągu następnych 2 godzin określano ilość białka w surowicy co 30 minut.

Niżej podajemy w wykresach wyniki tych doświadczeń (str. 254).

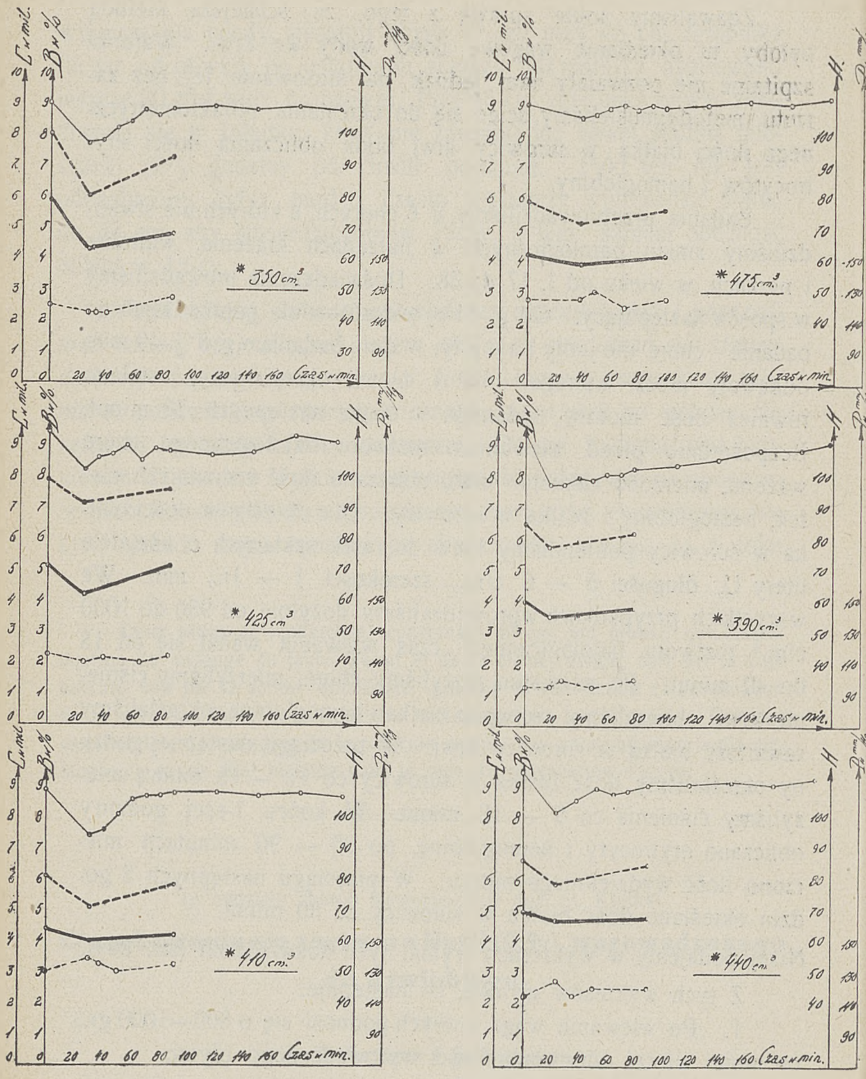
Z tych wykresów wynika, co następuje:

1. Po wlewaniu waga chorych podnosi się o 800—1000 gr., co mniej więcej odpowiada ilości wprowadzonego płynu;

2. Ciśnienie krwi nie ulega zmianie, gdyż niewielkie wahania (5—10 mm. Hg.) spostrzega się w warunkach normalnych;

3. Ilość moczu oddanego w czasie 1—1½ godziny po wlewaniu równa się ⅓—½ ilości wprowadzonego dożylnie płynu;

4. Liczba czerwonych ciałek w 1 mm^3 zmniejsza się zwykle o 6—25%, po godzinie podnosi się; w 1-ym tylko przypadku różnica przed i po wlewaniu była dość znaczna;



B ——————— ilości białka w surow. krwi w %.

H — — — — — — — „ hemoglobiny w podziałkach skali hemoglobinometru.

C ▬▬▬▬▬▬▬ „ czerwonych ciałek w 1 mm.³ krwi.

P ▪ ……………………… ciśnienie krwi w mm Hg.

* ——————— ilość moczu wydziel. w ciągu pierwszych $1^1/_2$ godz. po wlewaniu.

5. Ilość hemoglobiny zmniejsza się po wlewaniu o 10—20%, po godzinie zbliża się do liczb przed wlewaniem;

6. Ilość białka w surowicy krwi spada tuż po wlewaniu o 12—18%. W końcu 1-ej godziny stopniowo podnosi się, niekiedy jednak wykazuje niewielki spadek. W końcu 1 godziny ilość białka różni się od pierwotnej o 2—5%; w przeciągu następnych 2 godzin wahania są bardzo małe, krzywa utrzymuje się na jednym poziomie lub wykazuje lekkie narastanie.

Na zasadzie powyższych spostrzeżeń przychodzimy do wniosków następujących:

1. Płyn fizjologiczny soli, wprowadzony do krwiobiegu, bardzo szybko opuszcza ustrój (w ciągu 1½ godz. opuszcza ustrój ½—⅓ wprowadzonego płynu),

2. U ludzi o zdrowych nerkach i układzie krążenia funkcję wydzielniczą wykonywa prawie wyłącznie nerka.

L'influence de l'introduction de grandes quantités du serum physiologique dans la circulation sanguine.

Il a été introduit du serum physiologique à 0,9% en quantité de 950 ccm. a un litre dans les veines de personnes libres de maladies du coeur, du foi et des reins. Il a été établi avant l'introduction du serum physiologique et pendant trois heures après l'introduction de quart d'heure a quart d'heure le teneur du sang en albumine, l'hémoglobine et la quantité de globules rouges; en même temps il a été pris la pression arterielle. Il s'en suivit que le teneur du sang en albumine, l'hemoglobine, la quantité de globules rouges diminuent beauocup (de 12—18%) pour revenir a peu près a leur taux primaire pendant une ou deux heures.

PIŚMIENNICTWO.

1. *Hellmut i Marx.* Kl. W. 26, 3.
2. *Marx Bonn.* Kl. Woch. 26, 3.
3. *H. Molitow.* Kl. W. 28, 6, 8.
4. *H. Marx.* Kl. W. 20, 27.

(Z oddziału chirurg. II A. (Ordynator: M. Lubelski).

Leczenie poronne zakrzepowych zapaleń żył zapomocą pijawek.

Podał

J. Pomper.

Leczenie zakrzepów pijawkami, znane jeszcze w starożytności, uzyskało prawo obywatelstwa we współczesnej medycynie od chwili, gdy na kolejnych zjazdach chirurgów francuskich, poczynając od r. 19.3, Termier opublikował swoje w tym kierunku doświadczenia i liczną statystykę, stwierdzającą doskonałe wyniki stosowania tego sposobu leczniczego. Pod wpływem tych prac Termier'a zaczęto coraz częściej stosować pijawki w chirurgji i ginekologji. Ostatnio opublikowali swoje zachęcające w tym kierunku wyniki Tajlhefer, Clairmont, Sulger Kleinschmidt, Adam i inni. W dostępnej mi literaturze polskiej nie znalazłem dotychczas wzmianki o powyższej metodzie leczniczej, co zachęciło mnie do opublikowania moich wyników stosowania pijawek w leczeniu zakrzepowych zapaleń żył (thrombophlebitis).

Jak wiadomo, pijawka (Hirudo medicinalis), przystawiona swą główką do ciała ludzkiego, wysysa około 15 cm. sz. krwi, równocześnie wpuszczając pewną substancję, która wydziela się z małych gruczołów ścianki przełyku do główki pijawki, a wywołuje we krwi ludzkiej przemijające objawy t. zw. upłynnienia krwi (czasową sztuczną hemofilję). Pomimo wielu starań, nie udało się dotychczas doświadczalnie wydzielić wyciągu z główki pijawki, który miałby te same zalety, co ssąca pijawka żywa. Preparat niemiecki „Hirudina“ nie jest jeszcze dostatecznie wypróbowany, pozatem działanie jego jest zbyt toksyczne, a dawkowanie niewyjaśnione. To też w użyciu powszechnem znana jest dotychczas pijawka in vivo.

Stosowanie pijawek u chorych z zakrzepowem zapaleniem żył przeprowadza się w ten sposób, że w górnej części chorej kończyny, t.j. u jej podstawy, przykłada się do ciała chorego od dwóch do czterech pijawek i powtarza się ten zabieg po 2 — 3 dniach. W ciągu krótkiego czasu następuje spadek ciepłoty, przywraca się krążenie żylne dzięki ponownemu otwarciu światła

żyły, obrzęk kończyny zmniejsza się szybko, bóle i uczucie naprężenia ustępują; chorzy są w stanie już na 13 — 16 dzień wstać z łóżka. W żadnym z dotychczas ogłoszonych przypadków nie było zatoru płucnego ani innych przykrych powikłań.

Badania krwi po zastosowaniu pijawek wykazuje wyraźne upłynnienie surowicy krwi (zalakowanie), natomiast krwinki nie ulegają żadnym zmianom. Mamy tylko wyraźną leukocytozę z przewagą wielojądrzastych. Krzepliwość jest słaba i niedostateczna w ciągu pierwszych dwóch dni, poczem stopniowo powraca do normy. Stąd wynika potrzeba kilkakrotnego zastosowania pijawek do czasu przywrócenia krążenia w żyle i zniknięcia objawów skrzepu.

Wytłumaczyć mechanizm takiego działania pijawek na krew, t. zw. hirudinizację, jest dosyć trudno. Można przypuszczać, że w obecności najmniejszej ilości hirudiny występuje rozpuszczalność świeżej siatki włóknika. W rzeczywistości, doświadczenia in vitro wykazały rozpuszczanie się świeżego włóknika w surowicy, w której roztarto główkę pijawki. Powyższe doświadczenie tłumaczy skuteczność stosowania pijawek w zakrzepowem zapaleniu żył pod warunkiem, że zakrzep jest jeszcze świeży, a więc we wczesnym okresie choroby.

Dane powyższe łatwo sobie wytłumaczyć pozatem na podstawie doświadczeń Termier'a nad krzepliwością krwi. Otóż, jak wiadomo, u osobnika normalnego okres krzepliwości w przybliżeniu jest blizki 10 minut. Na zasadzie tego Termier określa krew o krzepliwości normalnej, jako mającą współczynnik 10. Podanie dwóch pijawek podnosi ten współczynnik do 12 w ciągu godziny, do 14 po trzech godzinach. W ciągu następnych kilku godzin współczynnik ten może przekroczyć nawet 20. Następnego dnia krzepliwość powraca do normy, czyli współczynnik jest znowu 10. Powtórne podanie pijawek daje efekt znacznie większy: współczynnik podnosi się od 15 do 30. W zakażeniach chirurgicznych (jak naprz. peritonitis, appendicitis i t. p.) ten współczynnik jest wogole nizki, od 4′ do 7′. Również częste krwotoki podnoszą wyraźnie krzepliwość (jak naprz. w fibromyoma uteri — współczynnik nizki, od 6′ do 8′). Także ciąża, szczególnie w ostatnich miesiącach, jak to wykazał Hamm, ma krzepliwość o nizkim współczynniku. We wszystkich tych przypad-

kach jest więc skłonność do zapaleń żylnych zakrzepowych, ułatwiona przez wysoką krzepliwość krwi. Zastosowanie zaś pijawek nie tylko szybko przywraca współczynnik krzepliwości do stanu normalnego, lecz również wyraźnie przekracza ten stan w sensie upłynnienia krwi.

Z własnego doświadczenia mógłbym przytoczyć szereg przydadków, w których zastosowanie pijawek -- u chorych z zakrzepowem zapaleniem żył — po różnych zabiegach chirurgicznych lub po porodzie, nader szybko wywoływało jakby przełom w stanie chorobowym. Spadek ciepłoty, zmniejszenie się obrzęku kończyny, ustąpienie bólów, są szczęśliwemi zwiastunami zanikania tego przykrego powikłania pooperacyjnego lub poporodowego, dając możność uniknięcia długotrwałego unieruchomienia w łóżku i związanych z tem niebezpieczeństw.

Dlatego więc powyższa metoda lecznicza, aczkolwiek pochodzenia archaicznego, zasługuje w zupełności na jaknajszersze rozpowszechnienie i wypróbowanie wskazań leczniczych.

Dnia 25 listopada 1930 r. odbyła się w sali posiedzeń naukowych uroczysta akademja ku czci ustępującego lekarza naczelnego Dr. Jakóba Szwajcera. Sławiąc zalety osobiste Jego, zasługi jako działacza w szpitalnictwie u nas, a szczególnie — jako lekarza, znawcę chorób zakaźnych, przemawiali: p. p. dr. A. Natanson, kurator A. Weisblat, pani Schindler, dyrektorka szkoły pielęgniarskiej, pp. dr. Herman w imieniu młodzieży lekarskiej, intendent szpitala Ig. Fliederbaum, A. Lewkowicz w imieniu felczerów i p. p. Kłossowski i Wachowicz w najserdeczniejszych wyrazach w imieniu służby niższej i robotników szpitalnych — Dr. Szwajcera obrano pierwszym sekretarzem stałym posiedzeń naukowych szpitala oraz członkiem honorowym komitetu redakcyjnego Kwartalnika Klinicznego.

Sprawozdania z posiedzeń naukowych

Sprawozdanie z posiedzenia w dn. 10 października 1930 roku.

Przewodniczył Lubliner.

A. Zamenhof. **Przypadek plastyki powieki sposobem Thierscha.**

K., lat 41, został oblany kwasem solnym przed 5 miesiącami. Blizny na całej twarzy, na górnych powiekach. Ubytek skóry na czole po str. lewej długo się nie goi i wreszcie powoduje bliznę mocno napiętą pociągającą lewą powiekę górną tak, iż brzeg powiekowy znajduje się aż na miejscu łuku brwiowego, a spojówka wraz z tarką zostaje wywinięta. Chory nie jest w stanie zamknąć oka.

Wobec tego, że cała skóra w okolicy oka była zbliznowaciała i ścieńczała, wykonano plastykę z wolnym płatem, a mianowicie, zapomocą przeszczepienia naskórka wg. Thierscha, gdyż płat z całej skóry zanadto by się odznaczał na tle ścieńczałej skóry okolicy oka, a zresztą wymagałby przyszycia, co ze względu na stan skóry byłoby niepożądane.

Po cięciu w okolicy górnej krawędzi oczodołu ściągnięto brzeg powieki wraz z mięśniem okrężnym ku dołowi i czasowo przymocowano do policzka. Obnażoną i napiętą powięź powiekową pokryto naskórkiem z przedramienia i nałożono opatrunek ze staniolu, jakiego się używa do opakowania czekolady.

Płat przyjął się dobrze, co stwierdzono na 5 dzień przy pierwszym opatrunku, który po 10 dniach zdjęto. Dziś—18 dzień po operacji. Oko dobrze się zamyka i otwiera. Powieka ustawiona prawidłowo, mało różni się od otaczającej skóry.

L. Lubliner. **Rak tchawicy.**

30.VII 30 została skierowana do L. na oddział 24-oletnia panna M. K. w stanie b. ciężkim wskutek często występujących ataków duszności.

Chora w ciągu ostatnich 9-ciu tygodni była leczona w K. Ch. w W., gdzie dawano jej leki bromowe.

St ob.: Chora blada, dobrze zbudowana; na pytania niechętnie odpowiada i jakby obojętna na wszystko.

Nad płucem prawem oddech prawie niesłyszalny, a w części górnej zupełnie zniesiony. Ton perkusyjny ze

strony prawej przytłumiony. Rzężeń ani świstów niema. Tony serca głuche. Badanie krtani wykazuje: nacieczeń strun ani ściany tylnej niema; prawostronnie: paresis chordae verae. Tylna ściana tchawicy (pars membranacea) nieco wypięta ku przodowi.

Głos słaby, nieco ochrypły, bezwdzięczny. Odruchy rogówki zniesione. Sinica warg i skóry twarzy w nieznacznym stopniu. Chora dostała środki nasercowe (camphora). Duszności nie miała. Nazajutrz skierowano ją do prześwietlenia prom. Rtg., które wykazało powiększenie gruczołów dokołatchawicowych i oskrzelowych. Gdy tylko wróciła na oddział po prześwietleniu Rtg., dostała ponownego ataku duszności i w ciągu kilku minut życie zakończyła.

Sekcja zwłok wykazała obecność tuż nad bifurkacją tchawicy nowotworu (rak) z przerzutami w gruczołach oskrzelowych, tchawicowych i głębokich gruczołach szyi; przerzut na oponie twardej, który zniszczył kości czaszki; zrosty opłucnej prawej; opadowe zapalenie płuc obustronne.

Przypadki raka tchawicy są naogół b. rzadkie. W piśmiennictwie znajdujemy zaledwie do 50 przypadków. Nager w roku 1907 zebrał 37 przypadków, a od tego czasu L. odnaleźć zdołał zaledwie kilkanaście opisów takich przypadków

J. Pinczewski. **Przypadek choroby Schildera (Sclerosis periaxialis diffusa. Encephaleukopathia scleroticans progressiva).** (Z oddziału E. Flataua).

M. Sz., l. 6. przybyła 11.IX 30. Dziecko do 6-go r. życia rozwijało się prawidłowo. Ostre choroby dziecięce mijały bez śladu. W 2-gim roku życia upadła ze schodów, straciła przytomność; dwa dni stan był ciężki, poczem wyzdrowiała. Prawie 1/2 roku już ma pierwsze objawy obecnej choroby (zaburzenia pamięci). Równocześnie zaczęła chodzić, jak pijana, o szerokim kroku, często padała. Nie rozumiała mowy. Wołała o jedzenie, ale zanieczyszczała się. Stała się agresywną w stosunku do otoczenia. Biegała bez celu. Często ginęła. Mówiła nie do rzeczy, powtarzała stereotypowo pojedyncze wyrazy. W jakiś czas potem przestała mówić, wydawała tylko dźwięki. Cierpiała na bóle głowy. 6—7 tygodni przed przybyciem do szpitala przestała chodzić, stale leży. Gorzej łyka, często się krztusi. Po 2 tyg. drgawki toniczne; leżała sztywna, blada i zimna, u kąta ust piana. Napady te powtarzały się trzykrotnie. Od końca sierpnia r. b. stałe przykurczenie kończyn. — Ojciec przypuszcza, że od końca lipca nie słyszy; czy widziała dobrze w domu – trudno ustalić.

St. ob. 11.IX 1930. Bardzo wychudzona. Skóra zie-

mista. Czaszka i zęby krzywicze. Różaniec na żebrach, gruczoły chłonne szyjne i pachwinowe groszkowate.

Narządy jamy brzusznej +. Tętno zmienne, często niemiarowe, często b. przyśpieszone. T^u — niekiedy prawidłowa, niekiedy podwyższona

Mocz bez zmian. Krew. — Hb. 43%. Cz. C.—3.300.000. B. C. 7.000, N.—56%, L.—40%, P.—4%. Płyn m. rdz. klarowny, bezbarwny, bez pleocytozy, N. — Ap.; białka — 0,10‰ R. W. we krwi i w płynie m. rdz. —; RW. we krwi ojca ujemna.

Czaszka mała, wieżyczkowata, o kościach sklepienia prawidłowych. Siodło tureckie powiększone, przednia część zniszczona, z odwapnieniem wyrostków pochyłych; tylna część siodła tureckiego ma kość dna zbitą.

Układ nerwowy. Objawów oponowych niema. Węch — słabe bodźce węchowe — bez efektu; amoniak, eter wywołuje grymas na twarzy, otwiera i przymyka usta. Wzrok — odruch mrugania przy nagłem oświetlaniu — O, przy zbliżaniu nagłem przedmiotu — niekiedy zaznaczony. Źrenice — równe, okrągłe, odczyn na światło ledwo zaznaczony; dno: zblednięcie części skroniowej l. tarczy oraz zbliznowacenie l. plamki żółtej; po str. prawej — norma. Gałki oczne — ustawione prawidłowo, w ciągłym niepokoju. Odruchy rogówkowe — b. słabe. Asymetrji twarzy nie widać. Słuch — gdy głośno uderzyć w co z lewej str., niekiedy mrugnięcie powiek, z prawej str. — brak tego odruchu (Bechterew).

Kk. g. i d.: stale leży w jednakowej pozycji; rączki zgięte w stawach łokciowych; nóżka prawa — wyciągnięta, lewa — odwiedziona, zgięta w stawie kolanowym, stopa zwrócona do wewnątrz. Ruchów czynnych nie widać; bliskie, głośne uderzenia w pobliżu powodują nieznaczny ruch oraz grymas twarzy. Co parę sekund automatyczne ruchy przeciągania w całem ciele i w twarzy. W próbie wyprowadzenia kk. z ich ułożenia wyczuwa się wzmożone napięcie. Na ukłucie nieznaczna reakcja. Odruchy z kk. g. i dolnych zniesione.

Gdy dziecko posadzić lub postawić, opada. Zaznaczony odruch ssania Oppenheima.

Stan ten utrzymuje się przez cały czas pobytu na oddziale; o jakimkolwiek kontakcie z chorą niema mowy.

Powyższy obraz oraz bieg cierpienia świadczą o zajęciu dużej przestrzeni — w pierwszym rzędzie — półkul mózgowych; niewyłączone są tu też zaburzenia w innych okolicach ukł. nerwowego. Globalne zajęcie półkul mózgowych wystąpić może w wielu sprawach. Schorzenia kiłowe (ujemne odczyny serologiczne), oraz inne, rzadziej spotykane, sprawy, z powodu braku ścisłych danych klinicznych, wyłączyć tu można. W ra-

chubę tu wejść mogą: sclerosis periaxialis diffusa (choroba Schildera) oraz rozlana sprawa nowotworowa. Rozpoznanie za życia nie da się ściśle ustalić, rozpoznać można tu raczej chorobę Schildera, szczególnie z powodu braku wyraźnych objawów wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego.

W rozprawie Flatau zwraca uwagę, że jest to 2-gi przypadek tego cierpienia, obserwowany w ostatnich miesiącach na oddziale, a 3-ci we własnej praktyce. Przypadek ostatni miał przebieg jeszcze dziwniejszy, dotyczył 9-letniego chłopca, jedynaka, u którego można było wyłączyć obarczenie kiłowe. Na pierwszy plan wysuwały się objawy psychiczne: dziecko to widziało i słyszało, a jednak zachowywało się często, jak niewidome i głuche. Dopatrywano się u dziecka pewnych cech zespołu schizophrenicznego, na oddziale Fl. rozpoznano jednak cierpienie Schildera. Również i w Wiedniu potwierdzono to rozpoznanie. Fl. miał możność widzieć ostatnio to dziecko; stan znacznie się pogorszył i obecnie jest podobny do stanu dziecka tu demonstrowanego. Ostatnio notowane są coraz częściej w piśmiennictwie światowem przypadki choroby Schildera. Między innemi Marinesco i jego uczniowie, którzy również ostatnio opisali podobny przypadek, słusznie może podkreślają związek między tem cierpieniem a sclerosis multiplex, które w ostatnich czasach tak często się spostrzega.

Dworecki. **Przypadek krwotocznego zapalenia opłucnej na tle durowem.**

D. otrzymał 20.VIII.1930 r. płyn z opłucnej (z oddz. VII A.) do badania bakterjologicznego, nadesłany w il. ok. 8 cm. sz.; płyn ciemno-brunatno-czekoladowy, mętny, zawierał obfity, nieco jaśniejszy, osad. Cytologicznie stwierdzono: śród b. c. przewagę limfocytów oraz obfitą ilość krwinek, znajdujących się w stanie grubo i drobno-ziarnistego rozpadu. W rozmazach z osadu widać liczne laseczniki gram-ujemne o wyglądzie prątków zakażeń jelitowych (grupa Bact. Coli-Typhus), morfologicznie najbardziej zbliżone do prątków okrężnicy (sporo laseczek b. długich i grubych; znaczny polimorfizm). Z posiewu płynu na wszystkich pożywkach jednak wyrósł tylko czysty szczep laseczników Eberth'a o cechach zupełnie typowych (morfologja, ruch, własności biochemiczne i serologiczne). Ten wynik badań laboratoryjnych płynu uprawniał więc do rozpoznania: *pleuritis exsud haemorrhag. typhosa.*

Klinicznie przypadek ten był niezwykle ciekawy z tego względu że płyn pochodził od osobnika (♂ l. 28), który zachorował przed tygodniem, odrazu śród objawów, zależnych od tworzenia się lewostronnego wysięku w opłucnej, obok zupełnego braku jakichkolwiek innych dolegliwości, zwłaszcza jeli-

towych. Cieplota z 37° podniosła się stopniowo ponad 38 i przybrała typ f. continua. Był to więc pierwotny pleurotyphus.

Dla zrozumienia patogenezy tego przypadku ważne było to, że — jak wynikało z wywiadów — pacjent przechodził już kilkakrotnie zapalenie opłucnej lewej, która widocznie stanowiła locus minoris resistentiae; prątki durowe, znajdujące się w krwiobiegu w okresie bakterjemicznym (1-y tydzień choroby), najwidoczniej przeszły do opłucnej wraz z wysiękającą zapalnie krwią i tak się tu obficie rozmnożyły (jak widać na okazanych preparatach z osadu płynu), że wybitnie spotęgowały objawy zapalne w opłucnej, wysuwając je na plan pierwszy. Ten krwotoczny charakter wysięku i wygląd płynu (ciemnobrunatno - czekoladowy) również zasługują na uwagę, gdyż są to cechy dość typowe dla durowego zapalenia opłucnej (spostrzeżenia Widala, Merklena i innych).

Posiedzenie w dn. 14 listopada 1930 roku.

Przewodniczył Luxenburg.

Sołowiejczyk i A. Krakowski. **Przypadek urazu czaszki, leczony operacyjnie.** (Z oddz. L. Bregmana).

Chory przed 3-ma mies. uderzony został z dużej odległości kamieniem w głowę. Tuż po urazie stracił przytomność, odzyskał ją po 12 godz.. Przez 3 doby wymiotował, drgawek nie miał. Badanie neurologiczne wówczas ustaliło porażenie obu kkd. i lkd. Zmysł mięśniowy na palcach porażonych kk. był zniesiony, naruszone czucie lokalizacyjne, astereognozja w lewej ręce. Przy b. żywych odruchach ścięgnistych i okostnowych, przy obustr. stopotrząsie, stwierdzono obust. objaw Rossolimo obok slabego Babińskiego lewost. i bez odruchu tego po str. prawej. Nn. czaszkowe +. Porażenie to było następstwem znacznego obrażenia czaszki w części ciemieniowej, gdzie skośnie do linji szwu strzałkowego przebiegała duża rana; tu dookoła był duży obrzęk bolesny.

W kilkanaście dni po wypadku, w uśpieniu eterowem, zabieg operacyjny, wykonany przez d-ra Sołowiejczyka. Polegał on na usunięciu licznych odłamków zdruzgotanej kości ciemieniowej oraz licznych skrzepów krwi. Opona twarda nie była naruszona, a dokonane w celach diagnostycznych nakłucie podoponowe nie wykazało krwi. Po zabiegu stan chorego zaczął szybko się poprawiać. Już po tygodniu wróciły ruchy w odcinkach proksymalnych lkg., a następnie w palcach; po miesiącu odzyskała ona całkowitą sprawność ruchową. Nieco później uległa poprawie pkd.; obecnie są nieco ograniczone ruchy stopą i palcami; najbardziej oporną pod względem poprawy okazała się lkd., stopa jest w addukcji i supinacji, ruchy — 0;

w stawie kolanowym i biodrowym wróciły. Czucie uległo prawie całkowitej poprawie, pozostały zaburzenia czucia lokalizacyjnego, głębokiego, w palcach u lewej stopy. Odruchy, jak poprzednio. Zabieg operacyjny miał w tym przypadku wpływ b. dodatni — aczkolwiek tempo poprawy jest w ostatnich tygodniach wolniejsze, chory chodzi już jednak sam o lasce.

Porażenie jest tutaj pochodzenia korowego; za tem przemawia: charakter porażenia w postaci triplegji, znamienne zaburzenia czucia (głębokiego, lokalizacyjnego i astereognozja), większe porażenie odcinków obwodowych, do dziś utrzymujące się, i wreszcie dysocjacja między wybitnym objawem Rossolimo a słabo zaznaczonym Babińskim i to tylko z jednej strony. Na szczególne podkreślenie zasługuje brak drgawek, pomimo niewątpliwie korowego pochodzenia powyższego porażenia.

W rozprawie przemawiał Higier.

Fingerhut. **Przypadek ciała obcego w pochwie ośmioletniej dziewczynki.** (Z przychodni Szpitala: patrz art. oryg. Kw. Kl. Zesz. III. r. 1930).

Cytrynik. 1) **Przypadek przymiotu drugorzędowego u dziewczynki 6-oletniej**. (Z oddz. St. Markusfelda).

Budowa prawidłowa, odżywienie mierne. Na bocznej powierzchni szyi, po stronie prawej, pojedyncze wykwity o charakterze grudek płaskich, wielkości monety 10-groszowej, barwy miedziano-czerwonej; na karku dwa małe wykwity — wilgotne płaskie grudki, w fałdzie wargowo-bródkowej szereg grudek o powierzchni łuszczącej się. Na wargach sromnych naciek, — większy z prawej str., skóra tu obrzmiała. nacieczona, barwy ciemno-czerwonej, pokryta zaschłą wydzieliną; na obwodzie nacieku, na kroczu, u otworu stolcowego, grudki płaskie, okrągłe, o powierzchni wilgotnej, barwy miedziano-czerwonej. Gruczoły chłonne, pachwinowe, obustronnie znacznie powiększone, twarde, niebolesne; inne gruczoły nie powiększone. Na dłoniach i dolnej części przedramion wykwity plamisto-grudkowe; niektóre łuszczą się. Przemawiały one za przymiotem; odczyn Wass. we krwi okazal się wybitnie dodatni.

Przypadek zasługuje na uwagę, jako przykład nabytego przymiotu u dziewzynki 6-letniej.

2) **Przypadek pierwotnego owrzodzenia przymiotowego na wardze dolnej u dziecka 10-ciomiesięcznego.**

Jest ono pierwszem dzieckiem, urodziło się zdrowe; matka nie roniła. Przed 5 tygodniami ukazały się krostki na wardze dolnej. Stosowane maście nie pomagały, matka zwróciła się o pomoc do szpitala.

St. ob.: na wardze dolnej owrzodzenie, prawe $^2/_3$ wargi pokryte nalotem ropnym, łatwo ścierającym się, o brzegach wystających, niepodminowanych, twardych; gruczoły podszczękowe znacznie powiększone, twarde, szyjowe boczne i tylne powiększone. Na uwłosionej skórze głowy kilka grudek, pokrytych strupem; na wewnętrznej powierzchni ud, mosznie, u otworu stolcowego, wykwity o charakterze grudek płaskich, okrągłych, wielkości grochu barwy miedziano-czerwonej; powierzchnia grudek wilgotna. W narządach wewnętrznych bez zmian Cechy owrzodzenia i sąsiednich gruczołów, jednoczesność wykwitów o charakterze grudek i lepieży — przemawia za przymiotem. Odczyn Wass. wybitnie dodatni. Za źródło zakażenia matka uważa chorobę siostry i szwagra, którzy dziecko całowali, karmili, w czasie czynnego syfilisu z objawami. Przypadek zasługuje na uwagę — jako przykład pozapłciowego zakażenia. Matka, która dziecko karmiła aż do przybycia do szpitala, na razie nie ma na piersi owrzodzenia i wogóle wykwitów na skórze; odczyn Wass. we krwi matki ujemny.

3) **Przypadek zapalenia rogówki u osobnika gruźliczego, dotkniętego wrodzonym przymiotem.**

L. M., lat 19, przepisana na oddział skórny z oddziału ocznego. W dwunastym roku życia sformowało się owrzodzenie na szyi pod szczęką dolną z lewej str., które w ciągu 3 lat nie goiło się. Przed 2 laty zaburzenia ze strony uszu: szum, kłucie, słuch znacznie upośledzony. Przed rokiem na oko lewe prawie zaniewidziała, leczyła się w szpitalu w Łodzi, gdzie przebyła operację, a następnie otrzymywała wstrzykiwania dożylne. Menses od 17 r. ż., po roku przerwy miesiączkuje co 2 — 3 miesiące, 2 — 3 dni. Matka zmarła na zapalenie płuc, siostra na gruźlicę płuc.

Badaniem stwierdza się na szyi po stronie lewej bliznę powierzchowną, niezrośniętą z głębiej leżącemi tkankami, bladą, o szerokości 4 palców; na obwodzie blizny wykwity o charakterze grudek, pokrytych strupem; przy diaskopji w bliźnie i na jej obwodzie widoczne się stają gruzełki żółte, wielkości łepka szpilki. Zęby zmian nie przedstawiają. Oko prawe: rogówka czysta, spojówki blade. Oko lewe: na rogówce głębokie zmętnienie miąższowe, kolobomat pooperacyjny tęczówki, w okolicy woreczka łzowego blizna pooperacyjna ze skłonnością do keloidu, przetoka, z której wydziela się zawartość ropna. Badanie uszu wykazało: wciągnięcie błon bębenkowych, upośledzenie słuchu, znacznie upośledzoną pobudliwość cieplną błędnika: przy dużej ilości wody chora dostaje zawrotu oczopląs występuje dość późno. W narządach wewnętrznych stwierdzono jedynie przytłumienie nad szczytem pr., zaostrzenie oddechu w pr. szczy-

cie płucnym. W układzie nerwowym zmian nie stwierdzono. Pirquet — silnie dodatni. Odczyn Wass. we krwi wybitnie dodatni. — Badanie więc wykazało tu dwie czynne sprawy chorobowe: gruźlicę i przymiot, a mianowicie: tbc apicis dextri, dermatitis tuberculosa luposa regionis submandib. sin,; fistula sacci lacrimalis tuberculosa: lues congenita seropositiva: keratitis parenchymatosa oculi sin., lues labirynthis bilateralis. Dwa ostatnie są kardynalnemi objawami z klasycznej triady Hutschinsona.

W rozprawie Markusfeld, zastanawiając się nad sprawą leczenia w drugim przypadku, podkreśla, że mimo ujemnego wpływu przeciwkiłowej kuracji na gruźlicę, był zmuszony stosować tu leczenie swoiste; później nastąpi leczenie przeciwgruźlicze. Rosenberg zapytuje prelegenta, czy wiadomo, jak podziałało zastosowanie u chorego serji 12 zastrzyków salwarsanu, które otrzymał w Łodzi i czy nie nastąpiło pogorszenie sprawy zapalnej na rogówce. W odpowiedzi Cytrynik zaznaczył, że nie wie, jaki byl stan chorego przed otrzymaniem kuracji swoistej w Łodzi, obecnie natomiast, według orzeczenia dr. Zamenhofa, stan rogówki nie uległ poprawie w toku leczenia przeciwkiłowego.

4) Przypadek odmrożenia zniekształcającego stóp u osoby, obarczonej paraliżem postępującym i opilstwem przewlekłem.

G. A., lat 42, zgłosiła się na oddział z powodu powierzchownych owrzodzeń na podeszwowej powierzchni stóp. Przed 2 laty w okresie silnych mrozów (30°) odmroziła stopy, moczyła je w gorącej wodzie, poczem na palcach utworzyły się tak głębokie owrzodzenia, że trzeba było je amputować.

St. ob: na stopach drobne powierzchowne owrzodzenia; na prawej zachowane pierwsze paliczki, na lewej IV i V palec. Skóra na obu sinawa, ciepła; tętno art. dorsalis pedis obustronnie +. W narządach wewnętrznych: stłumienie tętnicy głównej o palec na prawo i na lewo poza mostek; nad aortą dwa szmery, skurczowy i rozkurczowy; nad koniuszkiem szmer skurczowy. Tętno 90—96 na minutę, dobrze wypełnione, ciśnienie 80 — 110. Powiększenie wątroby (wystaje o 2 palce z pod łuku żebrowego). Nierówne źrenice, prawa szersza, nie reagują na światło; akomodacja +. Odruchy ścięgnowe, skórne, zachowane, nieco wzmożone. W stanie psychicznym zaburzenia zapamietywania, pamięci, zła orjentacja w czasie. W moczu, krwi—bez odchyleń morfologicznych. Wass. we krwi i w płynie m. rdz. wybitnie dodatni. W płynie m. rdz.: 48 limfocytów, 5 neutrofilów w 1 mm^3, Nonne-Apet +. białka 0,16‰, krzywa Langego charakterystyczna dla p.p..

Z przeprowadzonych badań C. ustala, że bezpośrednią przyczyną schorzenia palców u stóp było odmrożenie u osoby ze zmienionym układem naczyniowym na skutek syfilisu i alkoholizmu.

5) **Przypadek kiły wrodzonej.**

Dziecko — S. P. — półtoraroczne, niedołężne. Matka w czasie ciąży zaraziła się kiłą. Głowa w stosunku do ciała duża, niekształtna; guzy czołowe występujące, ciemieniowe nierówne, prawy guż znacznie większy. Lewa $1/2$ szczęki górnej niedorozwinięta, zapadła; prawa $1/2$ zgrubiała; nos siodełkowaty. Kończyny dolne nierówne — prawa nieco krótsza, mięśnie prawej nogi wiotkie, cienkie. Skóra tułowia i kończyn bez wykwitów za wyjątkiem miejsc odbarwionych na brzuchu i klatce piersiowej. Klatka piersiowa zapadła. Wypuk jawny, oddech dziecięcy. Brzuch wzdęty; wątroba duża, wystaje o 3 palce z pod łuku żebrowego; śledziona wyczuwalna, twarda. Źrenice reagują na światło; odruchy kolanowe, Achillesa zachowane.

Dworecki i Erlich. **Przypadek colisepsis, leczony autoszczepionką.** (Z oddz. A. Natansona).

Sz. C. przybyła dn. 1.XII. 29. Od 2 dni nie oddawała moczu, ostatni perjod — przed 3 miesiącami. 3 lata temu poród prawidłowy; potem roniła dwukrotnie, w 3 i 4t-ym miesiącu.

St ob.: ciąża 3-miesięczna w wybitnem tyłozgięciu, stąd niemożność opróżnienia pęcherza. T° w chorobie tej dochodziła do 41°,5 z dreszczami. W moczu: niewielkie ilości białka, a w osadzie — obfite białe ciałka. W krwi (posiew) laseczník okrężnicy. Rozpoznano colisepsis; sporządzono szczepionkę; zastosowaną ją 3-krotnie; objawy ustępowały. Po trzech dniach jednak nastąpiło poronienie. Wypisała się po 3-ch tygodniach zdrowa.

Dworecki, omawiając stronę bakterjologiczną przypadku, podaje cechy szczepu, wyhodowanego z posiewu krwi, cechy, zupełnie charakterystyczne dla gatunku bact. coli comm.. Powołując się na doświadczenie własne, w którem przypadek demonstrowany jest już siódmym z rzędu przykładem coliseptycaemji, D. twierdzi, że przenikanie lasecz. okrężnicy do krwiobiegu i wywoływanie objawów posocznicy—rzecz częstsza niż wynikałoby z danych piśmiennictwa. Zasługuje na uwagę obserwowana w danym przypadku skuteczność leczenia szczepionką własną (spadek ciepłoty i zanik objawów

zakażenia ogólnego). Nawiązując do tych dobrych wyników autowakcynoterapji w coliseptycaemji, D. przytacza szczególnie zachęcający, analogiczny efekt leczniczy, w przypadku obserwowanego z d-rem Natansonem ciężkiego zakażenia krwi z b. wysoką t^0 i gwałtownemi dreszczami, a wywołanego prątkami okrężnicy; było to u kobiety liczącej ponad 50 lat z rakiem macicy. Posocznica, która wystąpiła w przebiegu leczenia radem (czy nie był to szkodliwy wpływ radu — poprzez masy rozpadającego się nowotworu — na ściankę jelita grubego?) i uniemożliwiała leczenie sprawy macicznej, została opanowana jedynie po zastosowaniu szczepionki własnej, którą tak, jak w przypadku demonstrowanym, zastrzykiwano podskórnie w dawkach wzrastających od 50 miljon. do 1 miljarda drobnoustrojów w 1 cm^3. —

W rozprawie Natanson uważa, że efekt leczenia szczepionką okazał się tu niewątpliwy, i z tego względu przypadek zasługuje na specjalne wyróżnienie. N. wyraża przekonanie, że gdyby się częściej w ciąży, powikłanej objawami septycznemi, badało krew na posiewach, niejednokrotnie wyhodowano by laseczniki okrężnicy, a to pozwoliłoby prowadzić bardziej racjonalnie leczenie.

Berland. **Przypadek siności rozlanej oraz siatkowatej twarzy i kończyn u chorego z wrodzoną wadą złożoną serca.** (Z oddz. St. Markusfelda).

Chory, l. 17, przybył 21.X. r. ub. z powodu trwających od 2-ch lat strupów na głowie i sinych plam na twarzy i kończynach. W 6-m roku życia ospa wieczna. Od 10-go roku życia dokucza mu mocne bicie serca, szybkie zmęczenie w najmniejszym wysiłku fizycznym. — Ojciec i brat chorzy na serce.

St. ob. Budowy wątłej, odżywienia upośledzonego; nie gorączkuje; skąpo uwłosiony na twarzy, pod pachami i w okolicy płciowej. Na skórze uwłosionej głowy liczne blizny i miejsca bezwłose, pokryte strupkami i łuskami. Stwierdzono tu achorion Schoenleini. Policzki, nos, małżowiny uszne, grzbiety dłoni i stóp — sinoczerwonawe, chłodne; spoistość skóry — zwykła. Z ucisku palcem plama biała, siniejąca powoli; rysunek zasinienia rozlany; na wyprostnych powierzchniach ramion i przedramion skóra jakby delikatna siatka, sina. Na skórze policzków widoczne dwie blizenki, wielkości grosza, nieco wciągnięte, pozatem kilka rozszerzonych naczyń włosowatych.

Śluzówki, za wyjątkiem spojówek, sino-czerwonawe. Gruczoły chłonne macalne, drobne, niezbyt twarde, przesuwalne wzdłuż tylnego brzegu prawego mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego.

Migdałki niepowiększone. Prawy płat tarczycy powiększony, zrazowaty, wielkości mandarynki.

Narządy wewnętrzne. (kol. Munwes). Płuca— granice prawidłowe, ruchome. Odgłos opukowy jawny, nad dolnemi płatami (od tyłu) z odcieniem bębenkowym. Skrócenie odgłosu opukowego nad grzebieniem łopatki prawej. Oddech szorstki, nad szczytem prawym zaostrzony z wydechem słyszalnym. Drzenie głosowe nieco wzmożone nad szczytem prawym.

Serce: uderzenie koniuszkowe widoczne i macalne w V międzyżebrzu w linji środkowo-obojczykowej.

W II lewej przestrzeni międzyżebrowej przy mostku — stwierdza się tętnienie i pomruk koci, trwający przez cały czas skurczu i rozkurczu; pomruk koci u koniuszka.

Granice stłumienia bezwzględnego: prawa — środek mostka, lewa linja środkowo-obojczykowa; górna — III międzyżebrze

Granice stłumienia względnego: 2 palce na prawo od prawego brzegu mostka, lewa o 1 — 1½ palca na wewnątrz od lin. pachowej przedniej lewej; górna — III żebro.

W II lewem międzyżebrzu przy mostku przytłumienie o szerokości 1 palca.

Nad wszystkiemi zastawkami 2 szmery, chuchające na koniuszku, nasilające się w kierunku do ujścia tętniczego prawego. W tem miejscu stwierdza się jeden przeciągły głośny szmer, trwający przez cały okres skurczu i rozkurczu.

Tętno 82 w spokoju, miarowe, słabo wypełnione. Ciśnienie 90 — 100.

Jama brzuszna: w lewej ½ twór, sięgający poniżej pępka, ruchomy przy oddechu. W dołku międzyżebrowym stwierdza się wygórowanie.

Wątroba: granica górna (opukowo) VI żebro w linji środkowo-obojczykowej, dolny brzeg twardy i nierówny, wyczuwa się w tejże linji prawie na wysokości pępka, w linji środkowej o 2 — 3 palce powyżej niego.

Śledziona: górny brzeg na VIII żebrze, dolna granica — 2 palce poniżej pępka, brzeg przyśrodkowy 1 — 2 palce na lewo od pępka. Brzeg twardy, tępy. Na powierzchni śledziony wyraźnych nierówności nie wyczuwa się.

Rtg. (Mesz): Wypuklenie arteriae pulmonalis rozszerzone, serce powiększone we wszystkich wymiarach. Wnęka rozszerzona. Ductus Botalli apertus(?) Septum atriorum apertum?

Układ nerwowy (kol. Krakowski): zaburzenia czucia sinych miejsc na kończynach (zimno odczuwa jako ciepło,

wrzątek wydaje się choremu tylko słabo-ciepłym). Układ roślinny — normotonja. Psychicznie +. — Dno oczu: żyły nieco rozszerzone. Podstawowa przemiana materji (dr. Rozentalowa) — 28%. Wasser., Pirquet — ujemny. Plwocina bez komórek wad sercowych i prątków Kocha. Krew — leukocytoza: limfo i monocytoza. Dobowa ilość moczu — 1150; odcz. — kwaśny; c. g. — 1015. Białka 0,4‰; w osadzie 2—3 krwinki w polu widzenia. W kale jaja Ascaris lumbricoides.

Prelegent wyłącza tu 1) odmroziny, 2) wilka odmrozinowego, 3) liszaj rumieniowaty i 4) dermatitis reticularis pigmentosa calorica.

W rozprawie Krakowski zaznacza, że u chorego rozpoznałby morbus coeruleus ze względu na wrodzony charakter tego cierpienia i typowe zabarwienie oraz ze względu na to, że wada nabyta, trwając tak wiele lat, powinna byłaby doprowadzić do daleko posuniętej dekompensacji.

Sprawozdanie z posiedzenia w dniu 12 grudnia 1930 r.

Przewodniczył Markusfeld.

Sołowiejczyk. **Przypadek bursitis subdeltoidea.**

B. G., l. 45, ze Słonima, pochodzi ze zdrowej rodziny. Ma 4 zdrowych dzieci. Nigdy nie chorowała. W narządach wewnętrznych +. 3 lata temu zauważyła w okolicy prawego stawu barkowego, pod końcem stawowym obojczyka, guzek wielkości małej śliwki. Odtąd guzek stopniowo powiększał się, a jednocześnie, również znacznie, okolica całego stawu barkowego. Ale chorej to nie przeszkadzało w zajęciu, ani w ruchach. Nie gorączkowała. W badaniu stwierdzono, że okolica prawego stawu barkowego jest prawie 2 razy większa niż lewa, przyczem guz zachował kształt zewnętrzny stawu barkowego. Konsystencja guza była elastyczna, jakby chełbocząca. Ruchy w stawie barkowym były zachowane, a na zdjęciu prom. Rtg. kościec stawu był normalny. Cień guza, o średnicy 12 ctm., obejmował główkę i samą kość ramieniową w górnej 1/3 części jej; wzdłuż crista tuberculi majoris humeri wyczuwało się nieznaczne zgrubienie okostnej.

Próbne nakłucie guza dało bardzo mało mętnawego płynu o skąpej ilości białych ciałek krwi, bez elementów nowotworowych. 3.XI.30 w uśpieniu (w zamiarze otrzymania próbnego wycinka) wykonano cięcie podłużne na przedniej powierzchni m. pectoralis, rozszerzono następnie włókna mięśniowe, obnażono guz elastyczny o barwie torebki stawowej. Po nacięciu,

z głębi zaczęły wydalać się w bardzo obfitej liczbie ciałka twarde, mające kształt i wielkość fasoli, koloru białego. Ciałka te (<> 300) wypełniały jamę, zajmującą całą okolicą stawu barkowego pod m. pectoralis. Torebka stawu barkowego nigdzie nie była uszkodzona. Ciałka te pływały w skąpej ilości cieczy kleistej. A zatem jasnem się stało, że ma się tu do czynienia z cierpieniem torebki okołostawowej (bursitis subdeltoidea).

Aby usunąć torebkę w całości, S. cięcie pierwotne powiększył w kierunku ku dołowi do tuberositas humeri (gdzie przyczep m. pectoralis majoris), ku górze do acromion i dalej poprzek ku tyłowi i nazewnątrz pod kątem prostym do pierwszego cięcia. M. pectoralis S. oddzielił od erhmiculore acromien. Torebkę guza wielkości pięści S. w całości usunął z zachowaniem torebki stawu barkowego. M. deltoideus zeszyto, zostawiając w dolnym biegunie rany drenik szklany. Przebieg gładki, rychłozrost. W 2 tyg. po operacji ruchy stawu barkowego zupełnie normalne.

W okolicy stawu barkowego istnieje b. znaczna liczba torebek maziowych. G r u b e r opisuje kilka grup ich.

1) Bursae mucosae supracoracoideae mediales et laterales, anteriores et posteriores.

2) B. mucos subcoracoideae anteriores et posteriores.
3) B. muc. intertubercularis.
4) B. mucosa subacromialis s e u d e l t o i d e a.

Torebka maziowa stała i bardzo duża mieści się między wewnętrzną powierzchnią m. deltoideus a zewnętrzną powierzchnią torebki stawu barkowego (semivagina articulationis humero-scapularis).

Prócz tego jest jeszcze szereg torebek dla całej grupy innych mięśni, czynnych w ruchach stawu barkowego (b. muc. infraspinata, spinae tuberculi majoris et minoris i. n. inn.). Badanie usuniętych ciałek (dr. Płońskier) wykazało, że mają budowę ciał ryżowych (corpora orydzea), a w torebce nie ujawniono żadnych cech budowy nowotworowej.

W rozprawie L u b e l s k i podkreśla rzadkość schorzenia; omawia własne przypadki podobne, lecz o innem umiejscowieniu. Między innemi L. operował z dobrym wynikiem torbiel kaletki maziowej w okolicy jamy podkolanowej. P ł o ń s k i e r omawia pochodzenie i budowę histologiczną dziwnych tych ciałek, znalezionych w torbieli, które pod nazwą „corpora oryzoidea" są opisywane przez niektórych autorów, jako twory, powstałe—najprawdopodobniej—ze strzępków zi:rniny, uległej zwyrodnieniu częściowemu. W ścianach torbieli tego rodzaju znajdowano zmiany zapalne, właściwe sprawom gruźliczym,

nieraz nawet i typowe gruzełki; klinicznie zaś podobne zapalenia torebki maziowej są często traktowane jako pochodzenia gruźliczego o b. łagodnym przebiegu. Badanie histologiczne zmian takich nie wykazało. W odpowiedzi Sołowiejczyk zaznaczył, że tu niema żadnych znamion gruźlicy, która, istotnie, czesto się ujawnia w postaci bursitis trochanterica, wzgl. subiliaca.

A. Graber. **Niezwykły przypadek ran ciętych.** (Z oddziału A. Sołowiejczyka).

Rany cięte brzucha i klatki piersiowej są względnie częstem zjawiskiem w przypadkach urazowych.

W czasie pokojowym są one zazwyczaj skutkiem urazu nożem, zachodzą często w charakterystycznych okolicznościach rozpraw śród nożowców; chorzy ci zwykle otrzymują szybką odpowiednią pomoc.

Dłuższe pozostawanie chorego bez pomocy po urazie, w zależności od warunków miejscowych, pogarsza znacznie widoki powodzenia terapji, to też niekiedy—w przypadkach ciężkiego uszkodzenia ciała wobec znacznej przewlekłej utraty krwi — chirurg wstrzymuje się od postępowania w przekonaniu, że jest ono zbędne. Ocena jednak właściwa odnośnych przypadków jest niekiedy bardzo trudna i co do rozległości zakażenia, jak i stopnia wytrzymałości, wzgl. odporności, danego organizmu. To też wnioski zrazu mogą być bardzo niepewne zarówno w przypadkach napozór łagodnych, jak i — na pierwszy rzut oka — straconych.

To też słuszne staje się stosowanie postępowania chirurgicznego we wszystkich niemal przypadkach urazów, nie bacząc, czy rokowanie zrazu wyda się dobre, czy złe; ocena ścisła oporności organizmu, jego sił żywotnych, zdolności regeneracji, wychodzą jak, dotąd, naogół poza ramy krytyczne wiedzy lekarskiej.

Dla ilustracji przytoczę przypadek następujący:

7.X.30 r. o godz. 11-tej wiecz. przywieziono na oddział J. W., lat 21, który około godz. 6-tej ppoł. został napadnięty i ciężko pokaleczony nożem; stracił przytomność, kilka godzin leżał w przydrożnym rowie, skąd przeniesiono go do najbliższego ambulatorjum Kasy Chorych i w powierzchownym opatrunku przewieziono do Warszawy.

Tu st. ob.: nieprzytomny, wykrwawiony, niespokojny; budowa prawidłowa, odżywienie mierne, skóra i śluzówki blade, skrzydełka u nosa ruchome w oddechu; serca tony głuche, rytm przyśpieszony; płuco lewe bez zmian, po prawej stronie klatki piersiowej, wzdłuż siódmego międzyżebrza — rana cięta dł. 15 ctm. od linji przykręgosłupowej do pachowej tylnej — po-

przez wszystkie warstwy tkanek. Kawałek płuca tkwi w ranie. Ta część płuca, jak też i cała rana krwawią. Płuco jest uciśnięte w ranie i na widocznej powierzchni skaleczone. Po zdjęciu opatrunku widać na brzuchu jelita cienkie, pokryte pyłem, ziemią i kałem, w dwu miejscach przecięte do światła na przestrzeni 1 cm.; otrzewna mętna, znacznie zaczerwieniona. Po odchyleniu wypiętego jelita ku górze odsłania się rana w ścianie brzucha, w dolnej środkowej części, dług. 10 cm. nieco na prawo od linji środkowej ciała. Na pr. udzie, mniej więcej w połowie i w dolnej $^1/_3$ cz. — dwie rany poprzeczne, prawie równoległe, po 8 cm. długości poprzez wszystkie warstwy aż do kości. Na pr. łokciu — po stronie zewnętrznej — rana cięta, głęboka, powierzchnie stawowe kości widoczne. Na głowie — w obrębie kości ciemieniowej prawej — rana cięta długości 1 cm. z obnażeniem kości. Pozatem liczne drobne skaleczenia skóry ramion, barków, szyi i twarzy.

Ciężki stan ogólny. — Przystąpiono do operacji, poczynając od rany brzucha. Jelita obmyto dokładnie solą fizjologiczną i eterem. Cięcie na brzuchu rozszerzono — w bardzo lekkiem uśpieniu eterowem — rany jelita zamknięto dwupiętrowym szwem, poczem wprowadzono je do jamy brzusznej. Po odprowadzeniu jelit w dolnym biegunie rany stwierdzono pęcherz moczowy z naciętą częściowo ścianą — (i tu nałożono szew ciągły). Cavum Retzii przemyto, ranę brzuszną zamknięto szwem piętrowym, w dolnym biegunie zostawiono sączki.

Opatrunek. — Po załatwieniu rany brzusznej przystąpiono do rany klatki piersiowej. Po dokładnem obszyciu części wypiętej nazewnątrz rozszerzono ranę, krwawiące miejsce na płucu zaopatrzono szwem., opłucnę na tępo oddzielono od żeber, ranę zamknięto szwem ciągłym; szew na mięśnie i skórę z pozostawieniem drenika szklanego. Rany łokcia, uda i głowy zaszyto szwem piętrowym; — opatrunek. Już podczas operacji wprowadzono dożylnie 500 gr. soli fizjologicznej oraz 20 cm^3 40% roztworu glukozy.

Chory zniósł zabieg dobrze. Wlewania podskórne po 400, co 3 godz.; camphor., cofein. strychnina. — Po 6 godz. chory wrócił do przytomności. Nazajutrz stan wyraźnie lepszy.—Ciepłota 38,6 – Prawem płucem nie oddycha wcale, plwocina krwawa. Autohaemoterapja (40 cm. krwi) — Morfina 2 razy dziennie po 0,01 — W dniach następnych dalsza poprawa — Opatrunki — 2.XI.30 chory wstał, stan zupełnie dobry. W płucu skaleczonem rozległe stłumienie. 18.XI. 30 w płucach normalnie; chory jeszcze blady, lecz samopoczucie dobre; 7.XII wypisany zdrowy.

Przypadek przytoczony godzien uwagi z następujących powodów. — Niewątpliwie bardzo ciężkie obrażenie ciała, mi-

mo zanieczyszczenia ran i kilkugodzinnego oczekiwania na odpowiednią pomoc, nie dało jednak żadnych powikłań poważniejszych; pomimo bardzo ciężkiego stanu i dużego wykrwawienia chory operację wytrzymał.

Rana opłucnej uległa zagojeniu (rychłozrost), stawu łokciowego zagoiła się też bez powikłań. Najdłużej i najoporniej trwało leczenie zapalenia krwawego płuca prawego. Wypięte i okaleczone jelita — po przemyciu — wprowadzono do jamy brzusznej, lecz nie zamykano rany na głucho, pozostawiono sączki.

Gdy się rozważy, wielu ciężkim obrażeniom uległ tu jeden osobnik, to mimowoli zastanawiające jest, jak dużo może wytrzymać organizm ludzki. Niewątpliwie młody wiek miał tu swe znaczenie, podkreślić jednak należy, że w tak rozpaczliwym, zdawałoby się, przypadku, pomoc odpowiednia chirurgiczna uwieńczona była dobrym wynikiem. Uratowano życie człowieka.

A. Graber. **Zgorzel jelita grubego, jako powikłanie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego kiszki ślepej.**

A. Sz., l. 35, tragarz. Nagły napad bólów brzucha, wymioty, parcie na stolec bez wypróżnienia; po 6 godzinach przywieziony na oddział. Stan obecny ciężki, facies abdominalis, tętno 120, język suchy — płuca i serce bez zmian przedmiotowych. Brzuch wzdęty miernie, bolesny zwł. nad lewym dołem biodrowym. Po przepłukaniu prostnicy odeszły z łatwością gazy i kał obfity z płynną domieszką śluzu oraz krwi. Po 2 godz. pogorszenie. Bolesność brzucha stała się wyraźna nad pr. talerzem biodrowym. Badanie per rectum bolesne — ampulla pusta, w okolicy kątnicy nic szczególnego. Wymioty coraz częstsze; tętno 140, wobec czego (po przepłukaniu żołądka) przystąpiono do operacji (rozpoznanie przypuszczalne — appendicitis acuta).

Cięcie skośne nad prawym talerzem biodrowym: płyn mętny, ropiasty w otrzewnej, jelita cienkie nastrzyknięte, kątnica mało zmieniona, wyrostek u kątnicy również, dalsza część wyrostka w zrostach, leży poprzecznie przesunięta w lewą stronę brzucha.

Po podwiązaniu — u podstawy — przecięto wyrostek, kikut zaopatrzono sposobem zwykłym, poczem drogą wsteczną wyrostek stopniowo wyłączono; wierzchołek jego obrzękły, nacieczony, mocno przyrośnięty do krezki jelita, w której stwierdzono znaczny wylew krwawy i obrzęk.

Zakończono operację po stronie prawej, drugiem cięciem po lewej otwarto otrzewnę. Stwierdono tu, że krezka chora

była u jelita grubego, (descendens i fl. sigmoidea). Odnośna pętla jelita była bardzo zmieniona. W krezce stwierdzono klinowaty zawał krwotoczny, którego wierzchołek był miejscem zrostu z wyrostkiem. Jelito na przestrzeni 40 cm. wyrezekowano, końce zbliżono, pozostawiwszy anus praetern. i na tem zabieg ukończono. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Po 4 miesiącach przetokę zamknięto, a w 3 tyg. potem chorego wypisano w dobrym stanie zdrowia.

A. Graber. **Przypadek uszkodzenia wszystkich ścięgien i nerwów przegubu, wyleczony operacyjnie.**

P. M. l. 18, 15.XI 1930 r. ugodzona nożem w prawe przedramię. Rana głęboka, krwawienie znaczne. Nałożono opaskę elastyczną Esmarch'a na ramię, chorą przywieziono na oddział.

St. ob.: Uciśnięta wężem gumowym prawa ręka blada, nie krwawi, dłoń zwisa bezwładnie ku stronie grzbietowej.. W przegubie rana cięta prze całą szerokość przedramienia, po stronie promieniowej aż do kości, po stronie lewej do ścięgna m. flexor carpi ulnaris. Wszystkie ścięgna i nerwy radialis i medianus przecięte, membrana interossea obnażona, arteria radialis przecięta, na ulnaris nieznaczne skaleczenie boczne. Natychmiast z cięcia podłużnego, wyseparowano ścięgna zarówno ku górze, jak i ku dołowi, nerwy radialis i medianus zeszyto, pień art. radialis zamknięto, miejsce krwawiące art. ulnaris bocznie podwiązano. Zeszyto ścięgna mięśni następujących: flexor carpi radialis, brachioradialis, flexor digitorum profundus, flexor digitorum sublimis (3 ścięgna), flexor indicis, flexor digiti quinti.

Plastyka zakończona powięzią; nałożono szew skóry; opatrunek w ustawieniu zgięcia dłoniowego. St. pooperacyjny bez powikłań. Już nazajutrz chora porusza dłonią, odpowiedniemi palcami i w odpowiednich tawach. 21 XI zdjęto szwy rychlozrost. 24.XI wypisana na własne żądanie w stanie dobrym; 10.XII ruch sprawny, czucie dobre.

Przypadek przytoczony stanowi przyczynek do sprawy pierwotnego zrostu nerwów uszkodzonych. Niewątpliwie przewodnictwo nerwowe jest tu przywrócone, jak dotąd przynajmniej. Czy jednak stan ten będzie trwał, czy też — mimo wszystko — nastąpi pogorszenie, aż do regeneracji włókna osiowego — przyszłość pokaże.

Konferencje Neurologiczne Oddziału IX-go.

Posiedzenie dn. 5 grudnia 1929 r.

Przewodniczył Bregman.

A. Krakowski. **Przypadek wrodzonej wady serca (Morbus coeruleus) z przemijającemi objawami mózgowemi.** (Z oddz. L. Bregmana).

14-mies. dziecko, urodzone do czasu, bez pomocy akuszeryjnej i nie w asfiksji, zachorowało przed 4 tyg.. Od tego czasu objawy ogólnego niedomagania, brak łaknienia, wymioty; stan bezgorączkowy. 10 dni przed zapisaniem na oddział 2 napady utraty przytomności z prężeniem kkg. i kkd. oraz drgawkami; napady te trwały kilka minut, poczem przytomność wróciła; po tygodniu taki napad powtórnie. Całkowitej przytomności dziecko już nie odzyskało, dawało b. słabe oznaki życia; w tym też czasie wystąpił silny przykurcz kkg. i kkd.

St. ob.: wybitna sztywność karku, zgięcie kkg. i kkd. we wszystkich stawach. Sztywność zwiniętego, jakby w kłębek, dziecka była tak wielka, że — ujmując je za rękę — można było je unieść w tej samej pozycji zgiętej.

Źrenice +. Dno oczu — norma. Odruchów ścięg. i okostn. ze względu na silny przykurcz kkg. i kkd. nie udało się zbadać. Babiński obustr. +. Wyniszczenie; granatowy odcień barwy twarzy, nosa, muszli, uszu, dziąseł i języka oraz akrocyanoza palców u rąk i nóg. Objawy te nasunęły myśl o morbus coeruleus, co też znalazło potwierdzenie w zmianach serca, stwierdzonych klinicznie i prom. Rg. (powiększenie serca i osteoarthopathie hypertrophiante hematique). Płyn m. rdz. +. Wassermann —. Nazajutrz po nakłuciu lędźwiowem b. znaczna poprawa: dziecko odzyskało przytomność, sztywność ustąpiła.

Wymioty, sztywność karku oraz dodatni wpływ nakłucia lędźwiowego przemawiały za meningitis serosa. Nie jest wyłączone, że długotrwały zastój żylny, 3 dni trwający, z dużą domieszką CO, przyczynił się do wyżej wspomnianego obrazu chorobowego, do pewnego

stopnia przypominającego zatrucie gazem świetlnym. Neurologiczne powikłania te w przebiegu morbus coeruleus zaliczyć należy do wyjątkowo rzadkich.

W rozprawie Bregman podkreśla, że w ostatnich latach notowane są liczne przypadki morbus coeruleus, ale o powikłaniach nerwowych mało jest danych. Rokowanie jest tu niepomyślne (jeden chory B. żył jednak do 35 r. życia). Krakowski dodaje, że im później występuje sinica, tem rokowanie jest lepsze.

P. Szpilman-Neudingowa. **Przypadek torbieli glejakowej, pomyślnie operowany.** (Z oddz. L. Bregmana).

Ch. J., lat 27, przybył 3.X.27. Od 6 mies. zawroty i napadowe bóle głowy z wymiotami. W ostatnich 2 tyg. unieruchomienie głowy.

St. ob. Ruchy karku oporne. Oczopląs boczny. Niewielki wytrzeszcz pr. oka. Lekkie wygładzenie lew. brózdy nosowargowej. Tarcze wzrokowe o granicach lekko zatartych, naczyniach rozszerzonych. Siła wzroku $^{6}/_{6}$. W probach bezładu lekkie wahania pr. kk.; obj. Oppenheima w lew. stopie. Chód o szerokim kroku z zataczaniem w prawo i ku tyłowi, z opadaniem ku tyłowi, gdy zestawia stopy. Tętno 66 — 60 na minutę. Rtg. czaszki: kształt siodła zachowany, wymiary nieco powiększone, wejście do jamy poszerzone. Zastosowano płyny hipertoniczne oraz rtg.-terapję. Szybkie pogorszenie. 10.X.27 r. obustr. tarcza zastoinowa z wyniosłością w pr. oku 3 D, w lew.—2 D. Uderzało ciemno-czerwone zabarwienie twarzy z odcieniem sinawym. Głowa stale nieruchoma, pochylona ku przodowi, z lekkim skrętem podbródka w prawo. Przemijające podwójne widzenie. 26.X.27 r. operacja (Sołowiejczyk) w pozycji siedzącej i w miejscowem znieczuleniu. Zatoka poprzeczna po str. prawej rozszerzona, o 1 ctm. wyżej ułożona niż lewa. Nakłucie rogów tylnych płynu nie dało. Oponę twardą przecięto. Guza nie stwierdzono. Po operacji znikło unieruchomienie i bóle głowy. Po kilku dniach chód dobry. Wyniosłość tarcz mniej niż 1 D. W kkg., szczeg. w pr. kg., zaznaczona lekka ataksja; z lewej str. Oppenheim. W 2 mies. po operacji jeszcze przy przechylaniu się ku tyłowi, bóle w lew. gałce ocznej, lew $^{1}/_{2}$ czoła i kości licowej. Wypisał się 12.II.28; w ciągu 1928 r. był 3 razy na oddziale, a w 1929 — 2 razy—za każdym razem otrzymał rtg.-terapję. Czuł się dobrze, bólów głowy nie miał, jednak lekkie objawy ataktyczne pozostały. Po roku, w rzadkich odstępach, silniejsze bóle głowy z wymiotami; bóle te trwały krótko. Wygórowanie w okolicy potylicznej, przedtem widoczne, powiększyło się. 31.VII.29 ponownie w szpitalu. Od miesiąca stan znacznie gorszy: silne bóle głowy, wymioty, podwójne widzenie, które w badaniu okazało się skrzyżowanem i najwy-

raźniejszem przy patrzeniu w górę i na dół. Chód o szerokim kroku, przytem głowa pochylona ku dołowi, podbródkiem dotyka kl. piersiowej; głowy unieść nie może.

Oczopląs w kierunkach bocznych i ku górze, twarz sino-czerwona. Mowa nieco zatarta. Niezborność w pr. kk.; Oppenheim z lewej str.. Serja naświetlań w sierpniu rb. i płyny hipertoniczne przyniosły choremu mniejszą ulgę niż dawniej. W 1/2 września ponowne pogorszenie. Rtg. bez wpływu. Bóle głowy prawie stałe; twarz nabrała barwy bardziej jeszcze sino-ciemnej. Leżał stale w łóżku. Objawy ataktyczne bardzo wyraźne., zwł. w pr. kk. 25.X.29 ponownie operacja (Sołowiejczyk) w pozycji siedzącej, w miejscowem znieczuleniu. Odsłonięto płat z poprzedniej operacji. Pod oponą twardą stwierdzono duży zbiornik płynu. Nakłucie wykazało płyn przezroczysty o żółto-brunatnem zabarwieniu. Nacięto to miejsce, stwierdzono torbiel dużych rozmiarów, drążącą do móżdżku, zwł. w stronę prawą, mniej w lewą. Torbiel opróżniono (wypuszczono 60,0 płynu), część otoczki udało się usunąć. Po dokonaniu 2 bocznych cięć opony twardej, płaty jej wgłobiono do jamy. Ranę zaszyto. Płyn wydobyty zawierał 2,6% białka; w osadzie komórki o niedającym się określić charakterze, przeważnie w stanie rozpadu. Części otoczki torbielowej wykazały b. obficie rozwiniętą tkankę ziarninową, miejscami przechodzącą w zbitą tkankę łączną z b. licznemi złogami hemosyderiny. Gdzie niegdzie, szczeg. u brzegów, komórki są b. gęsto skupione, o jądrach dość nieregularnych, rozsiane tu i owdzie. Rozpoznano torbiel, wzgl. po rozpadłym glejaku.

Po operacji bóle głowy ustały; po 2 tyg. chód bez zataczania. Oczopląs drobny, boczny. Wytrzeszcz minimalny praw. gałki ocznej. Niezborność pr. kk. lekko zaznaczona, Oppenheim z lewej str.. Wzrok obustr. = 1. Granice tarczy, zwł. w pr. oku, zatarte, lekki obrzęk; po str. nosowej widoczna linja łukowata (zdaniem Zamenhofa granica poprzedniego obrzęku).

Przebieg przypadku jest b. pouczający. Rozpoznanie nowotworu móżdżku już przy I wstąpieniu do szpitala wydało się pewne, objawy wskazywały na prawą 1/2-kulę móżdżkową. Przy operacji zaś, poza pewną asymetrją zatok poprzecznych i dużem rozszerzeniem prawej zatoki, nic nie stwierdzono. Operacja odniosła dobry wynik; dopiero w pół roku po zabiegu zastosowano rentgenoterapję, na którą chory dobrze reagował. Poprawa trwała prawie 2 lata, poczem działanie Rtg. było niewystarczające, stan chorego stał się groźny. Druga operacja ocaliła chorego. Badanie histologiczne potwierdziło przypuszczenie, że torbiel powstała tu na tle rozpadu glejaka.

Pomyślne działanie promieni X na przebieg sprawy świadczy też o tem. Ponieważ torbiel była tu pochodzenia glajakowego, nie można

uważać jeszcze sprawy za skończoną, gdyż prawdopodobnie w głębi torbieli pozostały szczątki guza.

W rozprawie Flatau zaznacza, że było tu wskazane wykonanie nakłucia Pollack'a-Neisser'a.

Flatau, Herman i Lubelski. **Przypadek guza mózgu (epithelioma gland. thyreoideae), wyłuszczonego metodą diatermiczną.**

28-letnia kobieta, zapisana 30.VIII 29 r., przed 3 miesiącami dostała bólu głowy, w l. oku, w l. połowie czoła, następnie w l. ciemieniu. Od kilku tygodni nasilenie bólów. Wymioty. Ból w lewej kończynie górnej i dolnej. Od początku choroby stopniowy upadek wzroku; dwojenie.

St. ob.: Wybitna zastoina obustronna (około 3 D.). Małe krwotoczki i wysięki po stronie prawej. Hemianopsia dextra. Powonienie i smak zachowane. Prawa źrenica nieco szersza, odczyn na światło nieco powolny. Bolesność czaszki z lewej strony, znaczniejsza w okolicy potylicowej. Odruch rogówkowy zniesiony. Oczopląsu niema. Tętno około 90. Prawą kończynę górną unosi z trudem, zbacza w prawą stronę, nieco drży. Kończyny dolne +. PR. wzmożone. Brzuszne — jednakowe. Babiński i Rossolimo—0. Chód dobry, obrót niekiedy chwiejny w jedną lub drugą stronę. Umysłowo +. Lekka depresja. Roentgenogram: mocno zaznaczone rowki naczyniowe, siodło tureckie niezmienione. Krew +. Pirquet i Wassermann ujemne. Vis. oc. d. — 3 metry, vis. oc. sin. — 1½ metra (20/IX 1929). Ślady po przebytem w dzieciństwie zapaleniu prawego ucha środkowego. Encefalografja (9/X 29), drogą podpotylicową w pozycji pionowej, wykazała, że powietrze wypełniło prawą komorę boczną, zaś w lewej otrzymano cień wyłącznie w przedniej części tej komory. Nawet przy mocnem nachyleniu głowy ku przodowi powietrze nie przeszło do tylnej części komory bocznej (Mesz). Jednocześnie zauważono lekkie przesunięcie komór w prawą stronę. Punkcja Neisser'a. Pollack'a w okolicy potyliczej lewej nie wykazała elementów nowotworu; tylko w jednym skrawku stwierdzono długie naczynie, szczelnie wypełnione ciałkami białemi (zakrzep), jak się to widuje w guzach mózgu, w ich wnętrzu, lub też na pograniczu z istotą normalną mózgu. Jak się później okazało, otwór trepanacyjny, wykonany dla tej punkcji, znajdował się tuż ku przodowi od siedliska guza. Chora zniosła zabieg początkowo niedobrze (dotkliwy ból karku, niepokój, tętno do 124). Po przewiezieniu na oddział stan zadowalający. W 2 dni później przeważnie zamroczona, tętno 54, t° prawidłowa. Wygładzenie lewej brózdy nosowo-wargowej. Dn. 13/X przytomna; stan jak przed encefalografją. 15/X nagle zbladła, zsiniała i straciła tętno. Następ-

nego dnia stan lepszy, tętno miarowe—90. Ból głowy, ślinotok. Na początku listopada już wybitna amimja, jak w parkinsonizmie pośpiączkowym, twarz prócz tego jakby zlekka naoliwiona. Ślinotok. V. o. d. 3 metry, V. o. sin. $^1/_2$ metra. Mowa stała się powolna, często niewyraźna. Operacja (dn. 12/XII —Lubelski).

Przed operacją apatyczna, na ból słabo reaguje, z trudnością połyka płyny, na pytania nie odpowiada.

Operacja w znieczuleniu miejscowem ($^1/_2$% rozczyn nowokainy z adrenaliną).

Cięcie skóry płatowe, ze strony lewej, odrazu do kości; podstawa płata tuż nad zatoką poprzeczną, długości 8 cm., wysokość płata, który szedł łukowato ku górze i ku przodowi — 10 cm. Płat skóry oddzielono razem z okostną i odchylono ku dołowi i ku tyłowi. Frezą elektryczną przewiercono w 4 rogach otwory w kości do opony twardej i po przecięciu kości częściowo trepanem elektrycznym, częściowo dłutem, usunięto ją na całej przestrzeni odsłoniętego płata skóry. Obnażona opona twarda nie tętniła, przecięto ją w postaci płata z podstawą u góry. Tuż nad zatoką poprzeczną, nad środkową jej częścią, opona twarda była mocno zrośnięta z powierzchnią mózgu i przy odłączaniu nieco krwawiła. W miejscu tem na przestrzeni 3 cm. kw. znajdowała się s i e ć n a c z y ń żylnych, które dawały powyżej zaznaczone krwawienie przy oddzielaniu opony twardej. Miejsce to miało konsystencję bardziej twardą, niż otaczająca tkanka mózgu. Przypuszczając, że w miejscu tem znajduje się nowotwór, postanowiono z początku elektrodą diatermiczną (która miała końcówkę w postaci małego szydła) wyżłobić w środku guza mały krater wielkości 1 cm. kw.—. Siła prądu, którego użyliśmy, równała się 600 m.-Amp. Podczas elektrokoagulacji zauważono, że guz jeszcze więcej stężał i wtedy wyraźnie dawał się omacać w głębi jako twór wielkości mandarynki. Po przeprowadzeniu w miejscu guza elekrodą poprzecznego cięcia dług. 3 cm., zauważono, że guz zaczyna się z głębi wyłaniać. Pracując elektrodą, jak nożem i trzymając się ściśle ścianek guza, udało się guz z głębi wyseparować i oddzielić od normalnej tkanki mózgu. Krwawienia nie było. Niewielkie krwawienie z małego naczynia żylnego zatrzymało się od elektrokoagulacji. Twardówkę i skórę zaszyto, wprowadzając w jednem miejscu pasek gazy do niszy po usuniętym guzie. Już wkrótce po skończonej operacji chora przestała oddychać. Wobec tego, że słyszalne były tony serca, chorej zastrzykiwano lobelinę, kardiazol, koraminę i w przeciągu $1^1/_2$ godziny stosowano sztuczne oddychanie: oddech nie wracał. Chora zmarła w objawach porażenia oddechu.

W przypadku tym rozpoznano guz w lewym zrazie potylicowym. Rozpoznanie to zostało potwierdzone przez encefalogramy. Natomiast

punkcja Neisser'a-Pollack'a zawiodła w tym wypadku, albowiem otwór trepanacyjny był wykonany za bardzo ku przodowi. Co do samej metody operacyjnej, to od chwili odsłonięcia guza posługiwano się wyłącznie aparaturą diatermiczną. Wyłuszczenie guza dokonało się gładko, prawie bez krwotoku. Zauważono tętnienie, twardnienie guza podczas stosowania koagulacji diatermicznej; otrzymywało się wrażenie, jakby granice guza stawały się twardsze i ostrzej odcinały się od tkanki otaczającej aniżeli na początku operacji. Guz wyłączono w całości. Wielkość jego odpowiadała średniej mandarynce. Budowa histologiczna typowa dla nabłoniaka gruczołu tarczowego (epithelioma glánd. thyr.). Miejscami widać było komórki ciemne, przeważały jednak duże sześcienne komórki jasne, odpowiadające według Roussy'ego komórkom gruczołu w stanie czynnym. Zaznaczyć należy, że u chorej nie zauważono za życia zmian wybitnych w gruczole tarczowym (sekcji tego gruczołu nie wykonano).

W rozprawie Lubelski opisuje metodę operowania guzów zapomocą diatermji; zalety polegają na tem, że niema krwawienia; guz twardnieje nawet z zewnątrz; Cushing wyłuszcza tym sposobem nawet rozlane guzy. Jeżeli guz jest nieusuwalny, to Cushing usuwa go częściami i posuwa się ku przodowi, pozostawiając cienką otoczkę.

Rotstadt podaje technikę stosowania diatermji, względnie chirurgicznej, jej wskazania, strony ujemne i dodatnie.

Goldflam podkreśla, że Flatau pierwszy w kraju zastosował metodę elektrokoagulacji do wyłuszczania nowotworów mózgu; szczególne znaczenie ma tu brak krwawienia.

Bregman przemawia za elektrokoagulacją również w przypadkach guzów infiltrujących.

Flatau wymienia wskazania, kiedy należy stosować zabiegi te, a kiedy naświetlania prom. Rtg..

Orliński. **Przypadek stwardnienia rozsianego z objawami torsyjnemi.** (Z oddz. E. Flataua).

B. F., 53 lat, mężatka, przybyła 16/XI 29 r. z powodu ruchów mimowolnych głowy, bólów w karku, osłabienia kk. dolnych.

Od 5 miesięcy nagłe, co kilka chwil, b. silne mimowolne pociąganie głowy ku tyłowi, skręt na strony. Osłabienie kk. dolnych przeszło 20 lat. Od 5 — 6 lat sama chodzić nie może. Przed rokiem lekka hiszpanka. Od 10 lat nietrzymanie moczu, zaparcia.

St. ob. U lewego szczytu płuca z tyłu — drobne trzeszczenia. Serce +. Tętno 80'. T° 37° — 36,8°, niekiedy 37,2°. Wątroba, śledziona +. Mocz - incontinentia. Stolec — zaparcie. Wass. —. Płyn m. rdz.: N.—A. +, B. — O, 16‰, bez pleocytozy. Czaszka +. Ruchy

czynne głową — zachowane. Kurczowe zwroty głowy do tyłu co kilka, kilkanaście sekund, z b. znacznem przechylaniem. Kurcze te, powolne. sprężynowe, przypominają torsyjne. Po osiągnięciu maksymalnego tyłozgięcia, kurcz słabnie albo zupełnie, albo na ułamek sekundy ustaje; głowa, przeciągnięta maksymalnie ku tyłowi, na moment zwolniona ze skurczu, niebawem ponownie ulega mu i t.d. Skurcz ten męczy chorą, doprowadza ją do rozpaczy samobójczej; od czasu do czasu w skurczy tym napina się mięsień st.- clei. - mast. i skręca głowę w danym kierunku. Prócz tego są zaznaczone kurcze w m. cucullaris, latissimus dorsi, pector. major, triceps brachii oraz w mięśniach dołu brzucha; efekt ruchowy kurczu tych mięśni albo jest żaden, albo b. słaby. Od czasu do czasu nagły, jakby spiralny, skręt całego tułowia. Te kurcze są wybitniejsze, gdy chora stoi lub chodzi, słabną w pozycji leżącej. Chora pomaga sobie w ten sposób, że w pozycji siedzącej podtrzymuje ręką głowę, wówczas skurcz się znacznie zmniejsza. Źrenice: reakcja +, konwergencja +. Dno oczu normalne. Lekki oczopląs boczny, dwustronny. Kk. górne +. Odr. z triceps. okostnowe żywe; Jacobson — obustronnie. Odr. brzuszne osłabione. Odr. analny — po str. lewej = 0 po str. prawej — b. słaby.

Kk. dolne osłabione, prawa słabsza, napięcie b. wzmożone. Ruchy we wszystkich odcinkach ograniczone. PR — żywe, prawy >. AR — zachowane, żywe. Obj. Babińskiego, Rossolimo obustronnie. Czucie +. Chora może chodzić, gdy ją podtrzymywać. Chód b. powolny.—Objawy wymienione wskazują, że ma się tu do czynienia ze stwardnieniem rozsianem, wykazującem również elementy pozapyramidowe. Przypadki takie opisała Prussakowa w r. 1923 (Kwartalnik Kliniczny Szp. Staroz.); przytoczono tam przypadki do r. 1923 w całem piśmiennictwie.

Posiedzenie dn. 9 stycznia 1930 r.

Przewodniczył F l a t a u.

P o t o k. **Tetanus cephalicus.** (Z oddziału L. Bregmana).

Chory l. 52, wyskakując z pociągu, upadł, kalecząc się w nos i lewy policzek. 3 dni później trismus, następnie zaburzenia w łykaniu. Z każdym dniem pogorszenie st nu chorego. W dniu przybycia na oddział (2 tyg. po upadku) ust wcale nie otwiera, łykać nie może, uczucie ściągania w okolicy szyi i karku. Silne bóle głowy. S t a n o b.: Na grzbiecie nosa, po stronie prawej, mała blizna; trismus; porażony facialis prawostr: czoła z prawej strony nie marszczy, prawa fałda nosowo-wargowa wygładzona, zębów z tej strony okazać nie może, prawej powieki nie zamyka. Badanie elektryczne nerwów twarzowych różnicy obu stron nie wykazuje. Sztywność karku zazna-

czona, ruchy głowy utrudnione. Mięśnie szyi i karku znacznie napięte Ruchy gałek ocznych +, prawa szpara oczna szersza. Źrenice okrągłe, odczyn +. Badanie szkłem czerwonem nie wykazuje dwojenia (chory utrzymuje, że niekiedy przedmioty mu się rozdwajają). Kkg., kkd. — norm. Tony serca czyste, 96, miarowe. Czucie +. T^0 37^5. W dalszym przebiegu nasilenie objawów, trismus wybitny, zupełnie pokarmów przyjmować nie może. Napad duszności z sinicą twarzy; t^0 38^5 do 39. — Obecnie czuje się już lepiej, trismus <, przyjmuje pokarmy, porażenie n. facialis ustępuje. Stosowano tu: surowicę tężcową codziennie, 2 razy dziennie $MgSO_4$ 25% podskórnie, chloral. hydrat., pantopon, codziennie 10 cm^3 10% sody dożylnie.—Spostrzeżenie zasługuje na uwagę, jako rzadki przypadek czystego tężca tylko głowy.

W rozprawie Simchowicz przypomina, że pokazywał przed 9 l. dziecko z tetanus cephalicus; myślano tam też o obwodowem porażeniu n. VII. Rotstadt podkreśla zapobiegawcze wybitne znaczenie surowicy przeciwtężcowej, a natomiast bardzo wątpliwe często w walce z tężcem już rozwiniętym. Higier również uważa, iż surowica nic nie działa w przypadkach tężca. Goldflam także jest tego samego zdania.

Bregman dodaje, że magn. sulf., wprowadzone do kanału, spowodować może ciężkie porażenia.

Orliński i Wolff. **2 przypadki Encephalomyelitis epidemica disseminata**. (Z oddz. E. Flataua).

I. A. W., lat 17, przybyła 9.XII 29 r. ze skargami na bóle w kk. dolnych i prawej kk. górnej, na osłabienie tych kk. i na chwiejny chód. Przed 8 tyg. dreszcze, $t^0 > 39$, bóle głowy i brzucha, nudności. Przez następne 8—9 dni — $t^0 > 38^0$, potem krytyczny spadek. Zaczęła się poprawiać, a gdy po 2 tyg. wstała, zauważyła, że chód jest utrudniony. Parę dni potem — bóle w kolanach i parestezje na przedniobocznych powierzchniach ud i goleni. Osłabienie kk. i bóle wzmagały się, wystąpiły parestezje w kk. górnej prawej i osłabienie. Przed 2-ma laty — usunięcie ślepej kiszki, poczem 3 dni — zaburzone oddawanie moczu. Przed rokiem — cierpienie wątroby przez 2 tygodnie i grypa. Przed 5-ciu laty — zapalenie płuc. W dzieciństwie — czerwonka. Menses — co 3 — 5 tyg.

St. ob.: Budowa — prawidłowa, odżywienie dobre. Narządy wewnętrzne bez zmian. Tętno 100. T^0 37^0. Mocz oddaje prawidłowo, zaparcia (3—5 dni). Objawów oponowych nie stwierdza się. Źrenice i dno oczu +. Oczopląsowe ruchy boczne. Próba kaloryczna ujemna. Lekki niedowład dolnej gałązki praw. n. twarzowego. Osłabienie czucia dotyku i bólu na prawej $^1/_2$ twarzy.

Kk. górne — napięcie zmiejszone. Siła osłabiona ogólnie, więcej w odcinkach dośrodkowych i po str. prawej. Ruchy — osłabione, zwł. w odcinkach proksymalnych, też więcej po stronie prawej, Diadochokinesis niezgrabna. W próbie — palec nos — z prawej str. ruch bezładny.

Odr.: z triceps +, okostnowe: promieniowe = 0; łokciowe — słabe. Brzuszne słabe, prawe słabsze.

Kk. dolne: Siła osłabiona, więcej po str. prawej. Ruchy niesprawne (więcej dośrodkowe). Napięcie +. PR — b. słabe, w kaszlu — wyraźniejsze. AR — b. słabe. Arefleksja stóp. Rossolimo —. Bolesność mięśni kk. dolnych. Czucie +. Siada z trudem, opiera się rękami o posłanie, mięśnie brzuszne słabo się napinają.

Pirq. ++. Wass. —. Płyn m.-rdzeniowy — bez pleocytozy. N. A. —. białka — 0,16‰, cukru — 0,02‰.

Krew: Hb 72%, Cz. ciałek 5. 510.000. B. ciał. — 7300 (N. — 61%, L. 34%, Przejśc. 5%).

Badanie elektryczne wykazuje zmiany ilościowe. Mocz — norma.

Podczas pobytu na oddziale osłabienie kk. się wzmogło, parestezje kk. dolnych i prawej górnej trwają; zaparcia stolca. Senność, ale spać nie może. Tętno 108. Łyka źle.

Czucie bólowe nieco osłabione po str. prawej.

II. L. M., lat 10, uczeń. Przybył 19.XII 29. Przed 4-ma tygodn. w ciągu 7 dni angina. W ciągu następnych 2 tyg. czuł się dobrze, chodził do szkoły; od czasu do czasu — bóle głowy, niekiedy kłucie przy oddawaniu moczu. Przed tygodniem — silne bóle głowy; podwójne widzenie, uczucie drętwienia w kk. górnych i dolnych; zaparcie stolca. Mocz oddawał prawidłowo, ale nadal odczuwał bóle. W ciągu 4-ch dni t^0 38^0—37^5. Przed 3-ma dniami — wymioty, mowa — niewyraźna, zamazana, nosowa. Osłabienie słuchu. T^0 do 37^5 wieczorami. Zatrzymanie zupełne moczu. W dzieciństwie — odra.

St. ob.: Wzrost odpowiada wiekowi, odżywienie dobre. Narządy wewnętrzne — bez zmian. T^0 37^2. Tętno 96^0, niemiarowe, słabo napięte. Objawów oponowych niema. Gałki oczne — bez ruchu w kierunku bocznym obustronnie; ku górze — ruch sakkadowany, ku dołowi +. Źrenice, dno oczu +. Prawa szpara oczna nieco węższa. Niedowład praw. n. twarzowego; czoła nie marszczy. Język suchy, obłożony; ruchy +. Podniebienie miękkie unosi słabo przy fonacji. Mowa niewyraźna, z odcieniem nosowym. Łyka dobrze. Słuch osłabiony — więcej po str. lewej.

Kk. górne i dolne — pod względem siły, ruchów i napięcia — większych zmian nie wykazują, tylko lewa k. g. — opada i chwieje się, a unoszenie kk. dolnych jest utrudnione. Diadochokinesis —

niesprawna. Próba palec — nos, pięta — kolano — wykazują dysmetrję i ataksję. Bolesność pni nerwowych i mięśni.

Odr. okostnowe, z triceps = o. Abd = o. (prawy dolny minimalny). Cremaster +. PR — b. słabe. Arefleksja stopy po lewej. Babiński — zaznaczony po lewej, Rossolimo = o. Czucie +. Chory zlekka zamroczony, senny. Silne bóle głowy. Zatrzymanie moczu.

Mocz norm. Krew: Hb — 80%. Czerw. ciał. 3.940.000. B. ciał. — 108.000. N. — 66%. L. — 20%. Przejśc. 13%. E. 10%. Posiew krwi — ujemny. Widal, P. A. B. C. i Weil-Feliks — ujemne, Wass. —. W płynie mzg. rdz.: 5 limf., N — Ap +; Guillain — ujemny, białka 0,16‰, cukru = 0,98‰; posiew — ujemny.

Następnego dnia, po przybyciu, sam oddał mocz. Niebawem ujawniła się ogólna poprawa, bóle głowy ustąpiły. 2 tygodnie po przybyciu na oddział pozostało: drętwienie w lewej dłoni i palcach lewej kk. dolnej, niedowład m. abduc. dextr. Przy spojrzeniach bocznych i ku górze — oczopląs; ustąpiła asymetrja twarzy; słuch, mowa poprawiły się. Bezwład nieznaczny w lewych kończynach. Diadochokinesis upośledzona po lew. str., objaw koła zębatego. Odr. okostnowe, łokciowe +, promieniowe —, z triceps słabe. Brzuszne górne +, środkowe niepewne, dolne 0, cremaster +, PR, AR — słabe. Arefleksja stopy. Obj. Babińskiego, Rossolimo = 0. Czucie +. W próbie Babińskiego asynergja móżdżkowa wybitnie dodatnia. Chód chwiejny, bezładny, w kierunku bocznym z zapadaniem w prawo.

Zestawiając powyższe dwa przypadki, stwierdza się tu nagły początek, stan gorączkowy, zajęcie wielu n. obwodowych, oraz ośrodkowego ukł. nerw., szybkie zanikanie objawów niektórych, jak w 2-im przypadku, uporczywość parestezji — wszystko to przemawia za rozsianą sprawą zapalną w układzie nerwowym o charakterze encephalo-myelitis disseminata.

W rozprawie Higier stwierdza, że przypadki te należą do epidemicznych. Rzecz ciekawa, czy obrazy te nie dadzą później zespołów stwardnienia rozsianego. Goldflam zastanawia się, czy w danym przypadku obj. Rossolimo nie mógł by być momentem różnicowym w rozpoznaniu pomiędzy sclerosis multiplex a encephalomyelitis epidemica.

A. Krakowski. **Sclerosis lateralis amyotrophica o nietypowym obrazie chorobowym.** (Z oddz. L. Bregmana).

U chorej l. 50, bezdzietnej, przed rokiem osłabła lkd., zmieniła się mowa oraz wystąpiły zaburzenia łykania. W kilka miesięcy później osłabła pkd.; osłabienie kkd. szybko postępowało, chora przestała

chodzić. St. ob. po zapisaniu chorej do szpitala: niezrozumiała mowa, zanik i pofałdowanie języka, wysuwanego poza granicę zębów, nierówność źrenic z opieszałą reakcją na światło. Kkg. w sile i sprawności ruchów prawidłowe, bez zaników. Odruchy żywe. Kkd. prawie zupełnie porażone. W pkd. napięcie wzmożone, obok żywych odruchów ścięgnowych i patologicznych (Babiński i Rossolimo); w lkd. — hipotonja z arefleksją. Stopy opadnięte. Zanik mięśni z brakiem pobudliwości zarówno faradycznej jak i galwanicznej; w lkd. znaczne obniżenie pobudliwości z częściowym odczynem zwyrodnienia w pkd.

W podbródku, u łopatek — drżenie włókienkowe. Czucie +. Przymusowy śmiech i płacz. Pleocytoza w płynie mn. — rdz. = 0. Odczyn Wass. —.

Powyższy zespół objawów, daleko posuniętych zaburzeń opuszkowych, piramidowych, ze wzmożeniem odruchów ścięgnowych i okostnowych oraz odruchami patologicznemi, a obok tego stwierdzonym zajęciem rogów przednich (zanik mięśni, brak niektórych ruchów, drżenie włókienkowe, elektryczny odczyn zwyrodnienia), pozwala rozpoznać tu sclerosis lat. amyotrophica. Ujemny odczyn Wassermana, brak pleocytozy w płynie m. — rdz., wyłączają kiłę. Uderza tu nietypowy początek i przebieg cierpienia, od osłabienia lkd. i prawie równoczesnych zaburzeń opuszkowych, nie naruszając, po przeszło rocznem trwaniu choroby, sprawności kkg., nie powodując w nich zaników, obok całkowicie porażonych kkd. i mięśni tułowia (chora nie siada, nie obraca się). Przypadek ten należy wyróżnić ze względu na nierówność źrenic oraz słaby odczyn ich na światło.

W rozprawie Higier zwraca uwagę na postać scl. later. amyotraphica z zaburzeniami czucia. Bychowski sen. podnosi, że scl. lat. am. może trwać b. długo. Flatau — podkreśla, że są przypadki sclerosis multiplex z amyotrofjami, nawet z odczynem zwyrodnienia. Goldflam dodaje, że przyp. ten przedstawia tyle anomalji obrazu klasycznego, że jest właśnie dlatego wątpliwy; słabe oddziaływanie źrenic, zanik odruchów, bez dużego zaniku mięśni, brak symetrji, obwodowy typ porażeń — stąd nie jest tu wyłączona możliwość luesu.

Bregman podkreśla, że przypadek jest demonstrowany właśnie dlatego, że jest niezwykły; w scler. lat. amyotr. spostrzega się różne odmiany kliniczne.

M. Orliński. **Przypadek guza mózgu z omówieniem wskazań terapeutycznych**. (Z oddz. E. Flataua).

F. R, 18 lat, przybyła 30.X.1929 z powodu bólów głowy i wymiotów. 2 tygodnie temu, wstając z łóżka, poczuła silny ból głowy w części czołowej i potylicy; wymiotowała kilka razy. Nazajutrz, nie

bacząc na złe samopoczucie, wstała, wyszła. W nocy ból głowy wzmógł się, wymiotowała. W ciągu 10 dni chora ciągle budziła się (śród nocy) z powodu bólu głowy, który trwał do południa dnia następnego. Wymioty odtąd codziennie. Na 11-y dzień choroby po silnym bólu głowy straciła przytomność, miała podobno drgawki ogólne (jak długo trwał ten napad — trudno ustalić); napady takie powtórzyły się kilkakrotnie następnego dnia.

W kwietniu 1929 r. miała napad bólu głowy (3 dni); wymiotowała kilkakrotnie. Miała i wówczas drgawki w k. górnej prawej. Później poczuła się dobrze; od czasu do czasu — nudności.

6 lat temu chora uskarżała się w ciągu 3-ch tygodni na bóle w uchu lewem (bez ropotoku).

St. ob: budowy prawidłowej, odżywienia dobrego. Barwa skóry różowawa, gruczoły nie powiększone. Płuca +. Tętno—60. T° — 36°8— 37°. Wątroba, śledziona +. Mocz wydala dobrze. Zaparcie stolca. Wass. —. Krew: Hb = 92%; Cz. c. 5. 5800; B. c.: 6.600; N.—65% L.—27% Prz. — 6%: Eoz. — 2%.

Czaszka symetr., opuk bolesny, głównie w okolicy potylicznej. Sztywność karku zaznaczona, napadowe bóle (ściąganie) karku. Kernig =0.

Źrenice równe, okrągłe; reakcja na światło słaba; konwergencja+. Dno oczu+. Lekki zez zbieżny. Ruchy gałek+ (tylko ruch na zewnątrz jest nieco ograniczony, więcej po str. prawej). Oczopląs boczny o dużej amplitudzie, wyraźniejszy w str. prawą. Falda noso-wargowa lewa jest może nieco więcej wygładzona. Czucie+. Odr. rogówkowe — osłabione, jednakowe. Żwacze napina dobrze. Inne nerwy czaszkowe bez zmian. KK. górne i dolne w ruchach bez zmian. Napięcie $<$, siła $<$ z powodu ogólnego wyczerpania. W próbie palec-nos lekkie zbaczanie z lewej str. Odr. z triceps, okostnowe, PR. AR — słabe, jednakowe. Podeszwowe — arefleksja. Czucie+. Siedzenie, chód — niemożliwe. Psychicznie+.

P. lumb. — płyn klarowny, wycieka pod dużem ciśnieniem; po wypuszczeniu 1 cm³ płynu, chora już z: zęła bardzo narzekać na silne bóle głowy z tyłu i na kłucie w karku; punkcję przerwano. W płynie, bez pleocytozy — N-Ap+.

Zastosowano u chorej naświetlania czaszki Rtg. oraz dożylnie wlewania glukozy, codziennie 10 cm.³. Po 2 naświetlaniach stan chorej się b. pogorszył. Leżała nieruchoma, na pytania nie odpowiadała. Twarz sina. Tętno ledwo wyczuwalne. Ponowne badanie dna oczu (19.XI.): lekkie zatarcie granic tarcz, więcej lewej. Na 4-ty dzień, po 2-em naświetlaniu Rtg. czaszki, chora czuła się nieco lepiej. Otrzymała jeszcze 2 naświetlania Rtg., które zniosła lepiej. Nie bacząc na lepsze

samopoczucie, badanie dna oczu (25.XI.) wykazuje pogorszenie, obrzęk nieco wyraźniejszy; wyniosłość tarczy lew. około 1.

Po 5 naświetlaniach Rtg. stan chorej się naogół poprawił. Siadała na łóżku, nie narzekała na bóle głowy. Następnie miewała okresy kilkudniowe, z samopoczuciem zupełnie dobrem, ale nagle nadal występował silny ból głowy z tyłu, w oku lewem, oraz drgawki toniczne kk. górnych. Bóle b. gwałtowne czyniły stan chorej b. ciężkim. W dalszym przebiegu dno oka wciąż gorsze. Zastoina> >, w lewem wyniosłość tarczy do 3D, krwotoczki na dnie lewego oka. W badaniu ponownem ustalono: lekkie osłabienie dolnej lewej gałązki n. twarzowego, osłabienie odczynu rogówkowego lewego; brak odr. gardzielowego. Odr. z m. trógł., okostnowe, żywe, może lewe>. Odr. PR. AR+. jednakowe. Odr. podeszwowe: fleksja słaba prawej, arefleksja lewej Diadochokinesis — mniej sprawna po str. lewej. W próbie piętokolanowej — ruch bezładny (obustronnie).

Z objawów oraz przebiegu przypuszczać tu można guz, umiejscowiony w tylnej jamie czaszkowej.

W rozprawie Bychowski sen. również przypuszcza tylne umiejscowienie guza. Flatau tłumaczy, że stan chorej pogorszył się po punkcji i naświetlaniu Rtg.; dotyczy to guzów tylnej jamy czaszkowej; należy w tych przypadkach najpierw wykonać dekompresję, bez przecinania twardówki.

Posiedzenie dn. 6 lutego 1930 r.

Przewodniczył Bregman.

A. Krakowski. **Jamistość rdzenia u dziecka.** (Z oddz. L. Bregmana).

Chora, l. 8, w 4 mies. życia przechodziła nagminne zapalenie opon mózgowych. W 3-im roku życia wystąpiły pierwsze objawy obecnej choroby; stałe przechylenie głowy na bok, zaburzenia czucia cieplnego w pkg. Chora od kilku tygodni gorączkuje, gdyż owrzodzenie na wyprostnej powierzchni pr. stawu łokciowego, drążąc wgłąb, doprowadziło do zniszczenia stawu i stanu septycznego. W badaniu stwierdza się skrzywienie szyjno-grzbietowej części kręgosłupa, zwężenie szpary ocznej i źrenicy z lewej strony, poziome drgania oczopląsowe. Prawa ręka znacznie większa (cheiromegalia), na rt-gramie kości paliczkowe grubsze, ostatnie paliczki zaś wykazują ubytki. W stawie łokciowym całkowite zniszczenie części stawowych kości ramienia i przedramienia.

PR — obustr. żywe, AR — kloniczne obust., Rossolimo lew., Babiński obust., Kkd. zgięta w stawie biodrowym i kolanowym, nie daje

się wyprostować. Czucie bólowe, cieplikowe i dotykowe zniesione na pkg., na pr. połowie szyi oraz na klatce piersiowej po tejże stronie do podżebrza, poniżej zaś. jak również na pkd., zniesienie czucia bólowego i cieplikowego przy zachowanem czuciu dotykowem Płyn m-rdz..norm. Wasserman ujemny.—Objawy powyższe przemawiają za syringomyelją. Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na dziecięcy wiek chorej, u której pierwsze objawy rozpoczęły się już w 3-im roku życia, pazatem ze względu na przerost ręki oraz niezwykłe zniszczenie stawu łokciowego, przebiegające prawie bez bólów, wreszcie ze względu na zapalenie nagminne opon mózgowych, przebyte w 1-ym roku życia, które, być może, wpłynęło na tak wczesny rozwój syringomyelji.

W rozprawie Simchowicz podaje, że obserwował u 6-letniej pacjentki syringomyelję, u której po naświetlaniach kręgosłupa prom. X. objawy znikły. Bregman dodaje, że objawy syringomyelji u dzieci są b. rzadkie. Podkreśla w tym przypadku związek przyczynowy między przebytem nagminnem zapaleniem opon mózgowych i jamistością rdzenia. Krakowski wspomina o samoistnych remisjach, nieraz b. długotrwałych, które spostrzegano bez zabiegów leczniczych w syringomyelji. Przypadki z piśmiennictwa przemawiają za tem, że istnieje związek między meningitis cerebrospinalis epidemica a syringomyelją (Schlesinger, Stransky).

M. Orliński. **Przypadek guza mózgu (probabiliter meningioma fossae cranii mediae).** (Z oddziału E. Flataua).

D. J., 22 l., robotnica, przybyła na oddz. 21.1.1930 (5 ty raz) z powodu bólów głowy, wymiotów, drętwień na twarzy po str. prawej, osłabienia słuchu po str. prawej. Choroba obecna rozpoczęła się w marcu 1926 r. — od bólów głowy i wymiotów. Z początku były one umiejscowione w prawej 1/2-wie. Pozatem miała napadowe bóle w prawej skroni, na zewnętrznej powierzchni oczodołu i na zewnętrzej nosa po str. prawej; napady z początku występowały codziennie — następnie co tydzień, 1 raz na 2 — 3 tygodnie. Po 8 miesiącach wystąpiło podwójne widzenie, a następnie osłabienie słuchu po str. prawej, a później i wzroku po tej samej stronie. Zastosowano naświetlania czaszki prom. Rtg. oraz zastrzyki dożylne glukozy. Czas krótki stan chorej był lepszy, lecz niebawem b. szybko sprawa znów zaczęła postępować; nastąpiła zupełna głuchota po str. praw., a siła wzroku opadła po str. prawej do 1/50; łykanie było też upośledzone. W grudniu 1927 — wykonano dekompresję skroniową po str. prawej; nakłucie Neisser-Pollacka—histologicznie stwierdzono złogi wapnia.

St. ob.: wyniszczona, budowy prawidłowej. W narządach wewnętrznych — bez zmian. Tętno — 100. T° 36°4 — 36°8. Pirquet-

Was. we krwi — ujemny; krew +. Ubytek kości w okolicy skroniociemieniowej po str. prawej, w tem miejscu hernia mózgowa; głowę trzyma nieco pochyloną. Objawów oponowych niema.

Źrenice; okrągłe, nieco poszerzone, reakcja na światło po str. prawej = 0, po str. lewej +, w ruchu zbieżnym gałek po str. lewej minimalna, po prawej dobra. Dno oczu: po str. prawej — zanik, po str. lewej — tarcza blada, granice zatarte. Wzrok: z prawej — ruch ręki, z lewej = 1. Ruchy lewego oka — zachowane, znaczny oczopląs w prawo; z prawej strony wytrzeszcz gałki oka, opadnięcie powieki; zniesienie na twarzy czucia bólu i dotyku po str. prawej. Mm. masseter i tempor. prawostronne osłabione. Odr. rogówkowy po str. prawej zniesiony. Niedowład obwodowy prawostronnego n. twarzowego. Słuch z prawej=0. Łykanie nieco upośledzone. Siła kk. górnych i dolnych nieco osłabiona po str. lewej. Odruchy okostnowe i ścięgnowe po str. lewej żywsze. Odr. brzuszne z lewej — minimalne, z prawej — słabe, b. słaba prawostronna fleksja stopy, z lewej — Babiński. Czucie +. Mowa — z odcieniem nosowym. Psychiczna niezborność. Objawów móżdżkowych nie był. Rtg.: otwór trepanacyjny: siodło tureckie zupełnie zniszczone, cienie złogów wapiennych.—Objawy powyżej podane, a mianowicie, zajęcie stopniowe wielu n.n, czaszkowych — przy początkowem zajęciu n. n. V, VII i VIII po str. prawej — zniszczenie siodła, cienie złogów wapnia — łącznie przemawiają za słusznością rozpoznania tu guza u podstawy mózgu: początkowo był on, należy myśleć, tylko umiejscowiony w środkowej jamie czaszkowej, w dalszym jednak rozwoju postępującym szerzył się ku przodowi i ku tyłowi.

W rozprawie Higier zgadza się z rozpoznaniem. Nie jest tu wyłączona sarkomatoza, która wszak często rozwija się u podstawy mózgu.

Bychowski sen. wspomina o nowotworach wewnątrzsiodłowych które nie dają objawów przysadkowych.

Flatau podkreśla, że naświetlania prom. X. nie były w danym przypadku skuteczne; wskazana tu operacja drogą czołową.

NADESŁANE.

Sprawozdanie z działalności Komitetu budowy pomnika dla uczczenia pamięci członków służby zdrowia poległych za Ojczyznę

za czas od 1927 do 1930 r.

Komitet rozpoczął swą pracę z początkiem roku 1927, na podstawie odezwy skierowanej przez Pana Szefa Departamentu Zdrowia M. S. Wojsk., Generala Dr St. Roupperta, do oficerów Korpusu Sanitarnego — w sprawie uczczenia pamieci wielkiej dzialalności i poświęcenia Sanitarjatu Polskiego w odzyskaniu bytu i Niepodleglości naszej Rzeczypospolitej.

Zawiązał się Komitet tymczasowy, na czele którego stanął twórca idei budowy pomnika, ówczesny Komendant Oficerskiej Szkoły Sanitarnej — Generał Dr. St. Hubicki. Komitet ten przeprowadził wstępne prace nad powołaniem do życia wielkiego Komitetu, do którego weszli przedstawiciele wszystkich odłamów Służby Zdrowia wojskowej i cywilnej, jako też przedstawiciele Wydziałów Lekarskiego i Farmaceutycznego Uniw. Warsz.. Nacz. Izby Lek., Kas Chorych, Zw Lekarskich Towarzystw, Polskiego Czerwonego Krzyża i t. d. Komitet Główny na swem inauguracyjnym zebraniu jednomyślnie poparł myśl rzuconą przez Gen. Dr. Hubickiego — by pamięć i zasługi poległych kolegów uczcić, wznosząc pomnik — któryby stanął w Stolicy Odrodzonej Ojczyzny. Komitet sądził równocześnie, że myśl ta powinna doznać poparcia najgorętszego wśród stanu lekarskiego, farmaceutycznego i innych związanych ze Służbą Zdrowia.

Opracowano Statut, odezwę. jak również pierwsze drogi, którymi można było rozpropagować ideę budowy pomnika i uzyskać konieczne fundusze na budowę. Zgodnie ze Statutem utworzono 11 Okręgowych Komitetów budowy — w miejscach siedzib Szefów Sanitarnych Okręgów Korpusów, — z Szefem Sanitarnym na czele, by w ten sposób uzyskać gotowy aparat administracyjny.

Komitetom Okręgowym oddano do dyspozycji odpowiednie druki i listy składkowe, by na podległym im terenie rozpoczęto zbiórkę koniecznych funduszów wśród wszystkich członków Służby Zdrowia. Komitet Główny zaś zwrócił się do art. rzeźb. laureata Akademji Paryskiej prof. E. Wittiga o wykonanie projektów pomnika, które artysta przedstawił Komitetowi w kwietniu 1927 r. Wybrany projekt, powiększony do 1/3 naturalnej wielkości, był wystawiony na P. W. K. w Poznaniu w Pałacu Sztuki. W czerwcu 1929 r. Komitet podpisał umowę z prof. Wittigiem na budowę pomnika według zaakceptowanego projektu i podanego kosztorysu pomnika, na posiedzeniu odbytem w kwietniu 1929 roku, w pracowni prof. Wittiga. Kosztorys ustalono na sumę 400.000 złotych, w czem roboty rzeźbiarskie 200.000 zł. — odlew w bronzie 80.000 do 100.000 zł., cokół w granicie 40.000 do 50.000 zł., pozostałą zaś sumę przewidziano na projekty, przystosowanie placu i inne.

Wysokość pomnika — 8 mtr, w tem cokół — 3 mtr. 50 ctm., figury — 4,50 mtr.

W p ł y w y k a s o w e. Dla ułatwienia gospodarki kasowej Komitet otworzył swoje konto kasowe w P. K. O. Nr. 14.111, przez które przeprowadza wszelkie wpływy i rozchody.

Początkowo przeprowadzono zbiórkę tylko wśród wojskowych Członków Służby Zdrowia w postaci jednorazowego opodatkowania się członków lub 1/2% od poborów na pewien określony czas, lub też aż do wybudowania Pomnika, zaś po zorganizowaniu się Komitetów Okręgowych rozpoczęto zbiórkę wśród cywilnych członków Służby Zdrowia na terenie danego Okręgu Komitetu, za pomocą list składkowych. Akcję tę poparło życzliwie kilka Izb Lekarskich, których zarządy ofiarowały jednorazowo większe kwoty. Żywotność Komitetów Okręgowych nie wszędzie okazała się jednakowa.

Na zebraną sumę 81.465 zł. 34 gr. złożyły się następujące ogólne: Subwencja Min. Ośw. i W. R. zł. 10.000.—. Cywilna Służba Zdrowia zł. 26.362.75 Wojskowa Służba Zdrowia zł. 45.125.39. %% P. K. O. zł. 18.20.

Kwota zebrana wśród cywilnej Służby Zdrowia pochodzi ze składek z całego terenu Rzeczypospolitej, zebranych przez Komitety Okr. i Depart. Służby Zdrowia M. S. Wewn., Nacz. Wydz. Zdrowia przy Województwach i Lekarzy powiatowych. z wyjątkiem terenu Okr. Komit. w Łodzi i w Krakowie, gdzie, prócz wojskowych, składek cywilnych nie uzyskano.

Suma zaś składek wojskowych rozbita na poszczególne Okręgi przedstawia się następująco. Centrum Wyszkolenia Sanitarnego (Szpit. Ujazd.) Warszawa zł. 18.371.58. Szefostwo Sanitarne. O. K. I. — Warszawa zł. 5.302.18, O. K. II. — Lublin zł. 2.816.67, O. K. III. — Grodno zł. 1.807.56, O. K. IV— Łódź zł. 678.—, O. K. V. — Kraków zł. 598.80, O. K. VI—Lwów zł. 2.207.41 O. K. VII. - Poznań zł. 4.266.50, O. K. VIII.—Toruń zł. 2.026.99, O. K. IX — Brześć n/B zł 2.025.84, O. K. X. — Przemyśl zł. 2.505 40. Marynarki Wojennej — Warszawa zł. 200.80. Korp. Ochr. Pogranicza -- Warszawa zł. 1.245.16, Departament Zdrowia M. S. Wojsk. — Warszawa zł. 1.072.50. Wykazaną subwencję z Min. Ośw. i W. R. Komitet otrzymał w r. 1930.

Przez niespełna więc cztery lata pracy Komitet budowy uzyskał przy słabej propagandzie budowy prawie 1/4 sumy koniecznej na ukończenie budowy pomnika. Obecnie Komitet zwrócił się z prośbą do Naczelnej Izby Lekarskiej o poparcie akcji Komitetu — drogą apelu ze swego urzędu do wszystkich członków Izb Lekarskich, aby ich członkowie na terenie całej Rzeczypospolitej dobrowolnie opodatkowali się na rzecz budowy pomnika w wysokości 45 zł. płatnych w trzech ratach po 15 zł. rocznie, lub też po 1.25 miesięcznie. Komitet wychodzi bowiem z założenia, że tak niska kwota opodatkowania się, nikogo nadmiernie nie obciąży a Pomnik stanie własnemi siłami całej Służby Zdrowia. Równocześnie przyrzekł pomoc Komitetowi w tej akcji przez swoich przedstawicieli, a członków Komitetu Głównego, Związek Lekarzy Państwa Polskiego i Ogólno-Państwowy Związek Kas Chorych, którzy oprócz rozesłania do swoich członków list składkowych celem jednorazowej zbiórki pieniężnej, zwrócili się z apelem o przeprowadzanie wśród członków stałego opodatkowania miesięcznego 1 — 3 zł. od poborów na rzecz budowy Pomnika przez przeciąg 2 — 3 lat.

Ta forma zbiórki drogą stałego opodatkowania się na zgóry określony czas jest najważniejszą dla Komitetu budowy, gdyż pozwala mu unormować przedewszystkiem wykonanie zobowiązań w czasie budowy, zaciągniętych wobec art. rzeźb. prof. E. Wittiga, jak również umożliwi Komitetowi normalny tok pracy nad Pomnikiem. Drogą tej formy stałego podatku udało się wśród nielicznej przecież wojskowej Służby Zdrowia uzyskać dość pokaźną sumę (45.125 zł. 39 gr.) na budowę Pomnika. W takiej też formie Komitet otrzymuje wpływy od farmaceutów, którzy drogą podniesionej nieznacznie prenumeraty „Wiadomości Farmaceutycznych" opodatkowali się na budowę Pomnika do czasu jego ukończenia. Magister Herod, właściciel drukarni, ofiarował Komitetowi Budowy Pomnika wybicie wszelkich druków do 1000 złotych.

Stan robót rzeźbiarskich nad Pomnikiem posunięty jest już dość daleko. Obecnie jest na wykończeniu pierwsza faza budowy, to znaczy, Pomnik w glinie w jego naturalnej wielkości. Aby umożliwić ogółowi Służby Zdrowia zaznajamiania się ze stanem robót nad Pomnikiem, Komitet zwrócił się w grudniu 1930 roku do wszystkich urzędów, instytucyj, związków, towarzystw, związanych ze Służbą Zdrowia, aby w czasie Zjazdów, czy też większych zebrań przewidzieli

w swych programach godzinę na zwiedzenie pracowni prof. E. Wittiga (ul. Senatorska w oficynie gmachu Min. Rolnictwa). Ma to też i wielkie znaczenie propagandowe, gdyż każdy z członków Służby Zdrowia, który raz zobaczy to wspaniałe dzieło sztuki, stanie się jego zwolennikiem i jaknajgorliwszym propagatorem by jaknajszybciej stanęło na odpowiednim placu w Stolicy. Czas robót potrwa, jeśli wszyscy członkowie Służby Zdrowia chętnie poprą starania Komitetu o uzyskanie koniecznych funduszów, najdalej 2 — 3 lat.

Jak wspomniano, Pomnik ku czci poległych członków Służby Zdrowia stanie na otwartym placu w Stolicy. Sprawę wybrania miejsca ustali powołana przez Komitet specjalna rada artystyczna, złożona z członków Komitetu, prof. E. Wittiga, delegata z Dep. Kultury i Sztuki Min. Ośw. i W. R., delegata m. st. Warszawy, przedstawicieli ze sfer artystycznych.

Obecnie mówi się o dwóch placach, na którychby mógł pomnik stanąć, tj. plac przy ul. Jasnej i Zgody i plac Starynkiewicza.

Z powodu objęcia przez p. gen. Dra Hubickiego stanowiska Min. Pracy i Op. Społ. i w związku z tem niemożności poświęcenia więcej czasu Komitetowi Budowy Pomnika, dnia 15.10.30 r., przewodnictwo Komitetu Głównego objął gen. Dr Kołłątaj-Strzednicki, a p. Minister Hubicki pozostał wśród członków Komitetu Głównego.

Podając powyższy szkic pracy Komitetu, trzeba zaznaczyć, że Pomnik będzie dumą całego stanu Służby Zdrowia Rzeczypospolitej, a godność tego stanu wymaga, aby rozpoczęte wspaniałe dzieło sztuki i jedyny nasz wspólny wysiłek „Pomnik ku czci Poległych Członków Służby Zdrowia za Ojczyznę“ stanął w Stolicy.

Więc apel: współpracujcie z Komitetem budowy przez propagowanie i opodatkowanie się na rzecz budowy Pomnika.— Konto nasze — P. K. O. Nr. 14-111.

Wszelkich informacji w sprawie Pomnika udziela sekretarz Komitetu codziennie w godz. 12 — 14; telefon 523-75 (W-wa — Szpital Ujazdowski.)

Sprawozdanie kasowe Komitetu Budowy Pomnika dla uczczenia pamięci Członków Służby Zdrowia poległych za Ojczyznę za czas od 1927 do 31.12.1930 r.

Przychód. Wpływy do dnia. 31.XII.1928—32.660.32, 31.VII.1929—24.250.85 31.XII.1930 — 24.554.17. Razem — 81.465.34. Rozchód. Zaliczki na budowę prof. E. Wittigowi — 80.250.—. Koszta manipulacyjne w P. K. O. od 27—30 r. 101.17. Koszta administracyjne — 1.063.70. Na koncie w P. K. O. — 45.47 Razem 81.465.34.

Przewodniczący Komitetu Głównego
Dr. J. Kołłątaj-Strzednicki
Generał brygady.
Sekretarz *Dr. W. Kaliciński*
Skarbnik *A. Wróblewski.*

Komunikat IV-go Zjazdu Polskiego Towarzystwa Ginekologów.

Krakowskie Towarzystwo Ginekologiczne donosi, że miejscowy Komitet urządzenia IV-go Zjazdu Pol. Tow. Gin. zorganizował się definitywnie W myśl uchwały Krak. Tow. Gin. z u. b. gospodarzem Zjazdu został Prezes Krak. Tow. Gin., obecnie Doc. Dr January Zubrzycki, sekretarzem Zjazdu Doc. Dr Tadeusz

Keller, inni członkowie Komitetu Zjazdu objęli kierownictwo poszczególnych sekcyj Zjazdu.

IV-ty Zjazd Pol. Tow. Gin. odbędzie się w dniach od 28-go do 30-go czerwca 1931 r. w Krakowie w salach Kliniki neurologicznej U. J.

Tematy programowe w myśl uchwały Walnego Zgromadzenia Tow. Ginek. Pol. są następujące: I. Zaburzenia jajeczkowania a krwawienia miesiączkowe (Kraków). II. Hormony płciowe (Warszawa). III. Czy zachodzi potrzeba rewizji wskazań do cięcia cesarskiego (Lwów).

Wszelkie zgłoszenia referatów na Zjazd, związanych z tematami programowymi i luźnych, proszę kierować do dnia 15-go maja b.r. pod adresem Komitetu IV-go Zjazdu Pol. Tow. Gin. w Krakowie Klinika położniczo-ginekologiczna U. J. Kopernika 7. Tamże należy kierować wszelkie zapytania.

W dniach Zjazdu, w lokalu zjazdowym, urządzona będzie wystawa lekarsko-farmaceutyczna. Zakłady i firmy, reflektujące na uzyskanie miejsc dla swych eksponatów, zechcą również zgłosić się pod adresem Komitetu najpóźniej do dnia 1-go czerwca b.r. Wcześniejsze zgłoszenia pożądane.

Komitet projektuje w ramach Zjazdu cały szereg wycieczek do miejsc klimatycznych, udogodnienia kwaterunkowe oraz zniżki kolejowe.

Równocześnie przypominamy uchwałę Pol. Tow. Gin. z dnia 28-go września 1929, w myśl której skład Wydziału Pol. Tow. Gin. jest następujący:

Prezes: vacat, zastępca prezesa Prof. Dr Władysław Jakowicki, pierwszy sekretarz Doc. Dr Tadeusz Keller, drugi sekretarz Dr Wacław Zaleski, skarbnik Dr Bruno-Wojciechowski, członkowie zarządu: Dr Ada Markowa, Dr Jan Szancenbach, Doc. Dr Józef Szymanowicz. Doc. Dr January Zubrzycki, członkowie komisji rewizyjnej: Dr Adam Ackerman, Dr Ludwig Friedmann, Dr Tymoteusz Piotrowski.

Pozatem uchwalono, że członkowie Pol. Tow. Gin. zobowiązani są do składania 10 zł. rocznie na rzecz Pol. Tow. Gin. Składkę mają zbierać skarbnicy poszczególnych Towarzystw Gin. i przekazywać skarbnikowi Pol. Tow. Gin..

Prosimy skarbników poszczególnych Towarzystw Gin., aby składki z roku 1930 i 1931 w łącznej sumie 20 zł. od każdego członka byli łaskawi przesłać do 1-go czerwca 1931 r. na ręce skarbnika Pol. Tow. Gin. Dra Bruna Wojciechowskiego (Kraków, Siemiradzkiego 1, 1).

Dokładny program Zjazdu rozesłany będzie w odpowiednim czasie.

Sekretarz Zjazdu (—) *Doc. Dr Tadeusz Keller*

Gospodarz Zjazdu (—) *Doc. Dr January Zubrzycki*

POLSKA AKADEMJA UMIEJĘTNOŚCI
WYDZIAŁ (IV) LEKARSKI

Warunki przedstawienia i publikacji prac naukowych w wydawnictwach Wydziału Lekarskiego Akademji.

Autorowie, pragnący przedstawić swe prace Akademji, zechcą nadsyłać je pod adresem „Polska Akademja Umiejętności, ul. Sławkowska 17, dla Sekretarjatu Wydziału Lekarskiego". Nadesłane prace przedstawiają referenci, wyznaczeni

przez Dyrektora Wydziału, na miesięcznych posiedzeniach naukowych, a o przyjęciu pracy do druku rozstrzyga Wydział na posiedzeniach zwyczajnych (par. 11 Statutu i par. 7 Regulaminu P. A. U.).

Wydział lekarski P. A. U. posiada następujące wydawnictwa: 1) „Rozprawy Polskiej Akademji Umiejętności, Wydział lekarski" w języku polskim, 2) „Bulletin international de l'Académie", w którym pomieszczane są prace w językach obcych (francuskim, angielskim, niemieckim), nie przekraczające 3 arkuszy druku, 3) „Mémoires de l'Académie", dla prac w językach obcych powyżej 3 arkuszy druku, 4) „Comptes rendus mensuelles des Séances de Académie", w językach obcych. Praca, którą przyjęto do druku, może być ogłoszona: 1) albo po polsku w „Rozprawach" Wydziału IV, przyczem musi obowiązkowo wyjść także w języku obcym w „Biuletynie", 2) albo tylko w języku obcym w „Biuletynie".

Prace, ogłaszane po polsku w innem czasopiśmie, mogą za zgodą Wydziału IV P. A. U. być ogłoszone w języku obcym w „Biuletynie Akademji".

W razie ogłoszenia pracy po polsku i w obcym języku jeden z tekstów (polski lub obcy) musi być przedłożony w skróceniu.

Akademja nie przyjmuje żadnej pracy, ogłoszonej poprzednio gdzieindziej w obcym języku, może jednak zezwolić na publikację w obcym języku pracy, już ogłoszonej w „Biuletynie Akademji".

Prace przedkładane Akademji muszą być napisane czytelnie (najlepiej na maszynie) po jednej stronie, jak do druku a jeżeli mają wyjść w dwóch tekstach (polskim i obcym), to oba te teksty muszą być odrazu nadesłane. Nadto do każdej pracy musi być odrazu dołączone streszczenie polskie, najwyżej 45 wierszy druku (dla ogłoszenia w „Sprawozdaniach z posiedzeń" Akademji) i streszczenie w języku obcym, najwyżej 100 słów (dla ogłoszenia w „Comptes rendus"). Teksty prac i streszczeń w języku obcym muszą być zupełnie poprawne. Rysunki, wykresy i t. p., należy dołączać na osobnych kartach (nie wśród tekstu).

Akademja zastrzega sobie prawo żądania skróceń nadesłanej pracy przed przyjęciem do druku, oraz prawo ograniczenia liczby tabel i ilustracyj. Korekty autorskie są uwzględniane tylko wtedy, jeżeli zostaną zwrócone Sekretarzowi Wydziału najdalej do 10 dni od daty wysłania ich autorowi. Koszt takich zmian tekstu w korekcie, które wymagają ponownego przełamywania wierszy, ustępów lub stronic, ponosi autor.

Honorarjów autorskich Wydział IV P. A. U. narazie nie przyznaje. Autorowie otrzymują bezpłatnie najwyżej 100 odbitek swej pracy w języku polskim i obcym.

Prof. Dr St. Ciechanowski,
Sekretarz Wydziału.

Prof. Dr Fr. Krzyształowicz,
Dyrektor Wydziału.

Związek Uzdrowisk Polskich prosi o podanie do wiadomości pp. Kolegów, że w kwietniu i maju r. b. odbędą się następujące wykłady:

4.IV. Dwa wykłady: Dra J. Sroki „Wskazania lecznicze solanki jodobromowej w Goczałkowicach — Zdroju" i Dra Kotarskiej - Dettlofowej „Wody szczawnickie".
11.IV. Wykład o Nałęczowie.
25.IV. Wykład o Morszynie.
9.V. Wykład o Truskawcu.

Wykłady odbywać się będą wieczorem o godz. 20 ej (8-ej) w Sali Aktowej Zboru Ewang. Augsburgskiego, Pl. Malachowskiego 1. Wejście obok Z.Z.M.W.

Wstęp na wykłady bezpłatny.

Wykłady, o ile możności, objaśnione będą wykresami. bądź też obrazami świetlnemi. Słuchaczom zaś wykładów stać będą do dyspozycji drukowane materjały informacyjne i propagandowe, dotyczące omawianych uzdrowisk. Wykłady połączone będą z ewentualną dyskusją.

O każdym wykładzie zosobna Związek będzie powiadamiał wszystkich PP. Lekarzy warszawskich bezpośrednio.

TREŚĆ NUMERU.

SOMMAIRE.

Redaktor: **J. Rotstadt.**

Komitet Redakcyjny: **L. Bregman, E. Flatau, A. Goldman, G. Lewin, M. Lubelski, L. Lubliner, A. Natanson, J. Szwajcer.**

Adres Redakcji i Administracji.

Szpital Starozak., Pawilon IX, Oddział Terapji Fizykalnej, tel. 507-12 Dr J. Rotstadt.

Skład Główny: Księgarnia Gebethnera i Wolffa. Krakowskie Przedmieście 15, tel. 604-12

NEUMAN i TOMASZEWSKI, ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU